
Da escola para o exercício: Atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar do doente em fase paliativa

INTRODUÇÃO

Quando a pessoa cuidada é um doente em fase paliativa, um novo conjunto de questões morais e éticas se colocam ao prestador de cuidados, como sejam o dizer a verdade ao doente, a eutanásia, a obstinação terapêutica, a utilização de meios proporcionados e desproporcionados de tratamento, o direito a morrer com dignidade, entre tantas outras (Pacheco, 2002).

O cuidado paliativo, é, segundo a OMS, citada por Serrão (1998) *o cuidado total activo de pacientes cuja doença não tem benefício com tratamento curativo. O controlo da dor, dos outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é de suprema importância. O objectivo do cuidado paliativo é a obtenção da melhor qualidade de vida para o paciente e sua família. Muitos aspectos do cuidado paliativo podem ser também aplicáveis numa fase precoce da doença em conjugação com o tratamento de finalidade curativa.*

Apesar de parecer clara a forma como se devem encarar os cuidados quando em presença de um doente em fase paliativa, a atitude dos profissionais de saúde é ora a de abandonarem os cuidados por considerarem que mais nada há a fazer por ele ora de, pelo contrário, utilizarem todos os recursos de que dispõem – conhecimentos científicos e meios técnicos – no sentido de combater a causa do mal, mesmo quando objectivamente se reconhece o carácter incurável da doença (Pacheco, 2002).

Santos (1996) refere-nos também que perante um doente em fase terminal existem ainda outras questões éticas, como por exemplo, as questões ligadas à atribuição dos recursos disponíveis e ao estabelecimento das prioridades dos domínios do planeamento e da investigação. Salienta também como problema ético considerável a

articulação entre os serviços hospitalares, os centros de medicina ambulatoria e as comunidades.

Por sua vez, John Wilkinson, no *Oxford Text-Book of Palliative Medicine*, citado por Serrão (1998) divide as questões éticas da medicina paliativa em cinco grupos: no cuidado e no conforto; no consentimento e comunicação; na vida e na morte e nas necessidades e recursos a satisfazer.

No mesmo sentido, Kligerman (2001) salienta que cuidados paliativos são cuidados activos totais prestados aos doentes e às suas famílias quando se decide que o doente já não beneficiará de tratamento anti tumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo carácter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos.

Podemos, assim, concluir que o cuidado paliativo tem por objectivo melhorar a qualidade de vida dos doentes que se encontram na fase terminal da doença. É um cuidado voltado para prevenir e aliviar o sofrimento, através do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, na concepção da reafirmação da vida e da visão da morte como um processo natural (Sadala & Silva, 2009).

No decurso da pesquisa bibliográfica efectuada, verificámos que é uma área pouco desenvolvida e que carece de um maior investimento em termos de investigação, pelo que decidimos debruçar sobre ela este estudo, que tem como título:

❖ Da escola para o exercício: Atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar do doente em fase paliativa.

Assim, considerámos importante conhecer as atitudes éticas dos estudantes do 4º ano do curso de enfermagem da ESSEM e de um grupo de enfermeiros dos Hospitais Garcia de Orta e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, demonstradas na sua relação com o doente em fase paliativa.

Com o conhecimento das atitudes éticas dos estudantes de enfermagem é nosso objectivo efectuar uma avaliação da disciplina de ética ministrada aos estudantes do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Relevância do Estudo

Pretende-se que este estudo venha colmatar uma lacuna existente ao nível do conhecimento acerca das atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros, na sua relação com os doentes em fase paliativa, nomeadamente no desenvolvimento de uma relação cuidativa. Considera-se, de igual modo, que este estudo venha contribuir de forma bastante positiva na formação dos enfermeiros, no que concerne à sua relação com os doentes em fase paliativa, nomeadamente na adequação e reorganização das matérias leccionadas.

PARTE I. REVISÃO DA LITERATURA



CAPÍTULO 1. CUIDADOS PALIATIVOS

“Morrer é o acto final da vida. A morte é o que marca o fim da vida sobre a Terra, tal como o nascimento marca o seu início. A única coisa certa nas nossas vidas é que um dia vamos morrer, mas existem muitas incertezas quanto ao porquê, quando, onde e como”.

Nancy Roper

Os cuidados Paliativos surgem de necessidade de dar um novo sentido aos cuidados prestados ao doente em fase terminal. O modelo biomédico, no qual os cuidados prestados se centravam essencialmente na cura, e que esteve bastante enraizado na nossa prática diária até finais do Sec. XX, revelou-se insatisfatório, face ao doente em fase terminal.

Capelas (s.a.) salienta que ao longo dos tempos, o cuidar de doentes em fim de vida foi sobretudo uma preocupação individual, comunitária. Esta situação manteve-se até 1990, altura em que a Organização Mundial de Saúde lançou a primeira definição de cuidados paliativos, e colocou na ordem do dia a necessidade de se implementarem programas relacionados com estes mesmos cuidados.

Apesar da vertiginosa evolução verificada ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente na sofisticação dos meios de diagnóstico e terapêuticos, existem sempre situações inultrapassáveis, em que, do ponto de vista terapêutico, já nada mais se pode fazer com o intuito de controlar o avanço da doença, ou de a fazer regredir, sem correremos o risco de entrarmos no campo do encarniçamento terapêutico, usando meios desproporcionados à situação do doente.

Perante esta situação, o objectivo dos profissionais de saúde deverá focar-se no dever de respeito pelo doente e na procura da sua qualidade

de vida, emergindo assim a necessidade dos cuidados paliativos. Estes são, no entender de Sgreccia (2009), tratamentos a favor de doentes afectados por doença já não curável, mais destinados ao controlo dos sintomas do que à patologia de base, através da aplicação de procedimentos que proporcionem ao doente a melhor qualidade de vida.

Neste sentido, a DGS estabelece, em 2004, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, onde se defende que os cuidados paliativos incluem o apoio à família, são prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (DGS, 2004).

Citando Barbosa e colaboradores (2006, p.19) podemos também referir que *em 2002, a OMS definiu cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.*

De igual modo, e dentro da mesma linha, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos, em 1996, definiu cuidados paliativos como *cuidados totais e activos prestados aos enfermos cuja doença já não responde ao tratamento curativo, com o objectivo de obter a melhor qualidade de vida possível até que a morte ocorra, controlando a dor e os outros sintomas e integrando aspectos psicológicos, sociais e espirituais nesses cuidados* (ANCP; 1996, p.2).

Assim, e citando Pacheco (2002, p. 101) podemos afirmar que os cuidados paliativos têm como principais objectivos:

- *prestar cuidados individualizados, tendo em conta a singularidade de cada ser humano e todas as dimensões do seu ser;*
- *prevenir a dor ou, pelo menos, torná-la tolerável, através de uma prescrição e administração contínua de analgésicos e outras medidas complementares;*
- *aliviar outros sintomas causados pela doença ou pela medicação, como por exemplo náuseas, anorexia, diarreia ou obstipação;*
- *oferecer apoio relacional, moral, espiritual e religioso ao doente em fase terminal e família;*
- *contribuir para promover a qualidade de vida do doente até à morte;*
- *apoiar a família durante o processo de morte e luto.*

Como podemos observar, todas as definições de cuidados paliativos incluem a família no seu objecto de cuidados. Este facto vem demonstrar a importância que a família apresenta nos cuidados ao doente em fase terminal, tendo em conta que se este apoio não for alargado à família, poderemos estar a comprometer a qualidade de vida do próprio doente.

Neste sentido, Barbosa e colaboradores (2006, p.21) sublinham a importância do apoio à família no âmbito da prática dos cuidados paliativos, tendo em conta que esta representa um papel extremamente importante no apoio aos doentes terminais, sofrendo, ao mesmo tempo, o impacto dessa doença.

Este impacto traduz-se num conjunto de atitudes que, no entender de Moreira (2001) citando Novellas e colaboradores (1996), derivam da tentativa que a família efectua para superar os problemas decorrentes da situação de doença. Estas atitudes podem ser:

- *negação – mecanismo de defesa perante o medo do reconhecimento da realidade. A família gasta as suas energias em*

esconder a realidade, evitando pensar nela. Esta atitude pode prejudicar o doente;

- conspiração do silêncio – a família evita comunicar com o doente negando-lhe o direito de ser informado sobre a sua situação e de estar com os próprios membros, reduzindo assim a possibilidade de manifestarem a sua labilidade emocional;

- superprotecção – o desenvolvimento desta atitude deve-se à ansiedade em que estão imersos e, provavelmente, ao domínio dos sentimentos de culpa. O doente é tratado como uma criança, subestimando as suas próprias capacidades;

- excesso de realismo – a família vive uma atitude de desapego, não atribui importância ao que se faz, nada vale a pena em virtude do cansaço e do próprio sentimento de incapacidade;

- isolamento social – com esta atitude procura manter relações sociais mais distantes, devido ao medo da informação fornecida por agentes externos à família e à diminuição e fragilidade da sua auto-estima;

- incerteza – face ao desconhecimento da realidade e ao não domínio dos factos;

- sentimento de culpa – pelo tempo perdido.

Os cuidados paliativos assentam num modelo de trabalho em equipa, onde o enfermeiro tem um papel preponderante. Na opinião de Roselló (2009, p.183), *acompanhar a morrer constitui uma tarefa central da enfermagem. A aptidão para cuidar de um moribundo não se improvisa. É preciso ter um conhecimento claro da morte e saber dominar cada uma das situações. Não podemos, como pessoas que atendem um moribundo, camuflar-nos por trás das técnicas que existem para combater a angústia, porque não fazem nada mais do que isolar o enfermo e negá-lo, de certa forma, como pessoa humana.*

Magalhães (2009) baseando-se na definição da Organização Mundial de Saúde em 2002, refere que os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que constituem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento rigorosos da dor e outros sintomas, suporte psicossocial e espiritual. O mesmo autor apresenta as seguintes finalidades dos cuidados paliativos:

- Proporcionam alívio da dor e outros sintomas;
- Assumem a vida e encaram a morte como um processo normal;
- Não pretendem acelerar nem prolongar esse processo;
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Oferecem um sistema de suporte para auxiliar os doentes a viverem tão activamente quanto possível até a morte ocorrer;
- Oferecem ainda um sistema de suporte para a família lidar com o trajecto da doença e o seu próprio processo de luto;
- Utilizam uma abordagem de trabalho em equipa para darem resposta às necessidades dos doentes e suas famílias incluindo o apoio no luto, se necessário;
- Melhoram a qualidade de vida podendo influenciar positivamente o curso da doença;
- Pode ser aplicado precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias que pretendam prolongar a vida, tais como a quimioterapia ou radioterapia, e inclui a investigação necessária para melhor compreender e controlar complicações clínicas.

Por tudo o que foi exposto anteriormente, constatamos que estamos perante uma nova filosofia do cuidar, destinada a atender todo aquele que não apresenta já possibilidade de cura, mas que continua a viver e a ter um conjunto de direitos, de entre os quais salientamos o direito aos cuidados humanizados.

A verdadeira grandeza de um homem reside na consciência de um propósito honesto na vida, alicerçado numa estimativa justa de sua pessoa e de tudo o mais; num frequente auto exame, numa firme obediência às regras por ele tidas como certas, sem perturbar-se com o que os outros possam vir a pensar ou dizer, ou com fazerem elas, ou não, aquilo que ele pensa, diz e faz."

(Marco Aurélio, s.a.)

CAPÍTULO 2. A PESSOA PARA ALÉM DO DOENTE

Falar sobre o valor da vida humana é já um lugar comum na sociedade contemporânea. No entanto, quando efectuamos uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto são ainda muitas as dúvidas e incertezas que povoam o nosso pensamento.

A preocupação pelo assegurar do respeito pela vida humana surgiu com o desenvolvimento técnico-científico verificado, em particular, desde o século XIX. Contudo, um maior ênfase surgiu a partir da segunda Guerra Mundial, em consequência de duas situações que, provocadas por esse mesmo desenvolvimento, em muito marcaram e lesaram a vida de milhares de seres humanos. Falamos em especial da detonação das bombas atómicas de Hiroxima e Nagasáki, no ano de 1945; e também da imensidão de experimentações levadas a cabo por médicos nazis, em prisioneiros, sacrificando a sua integridade física e psicológica e até a sua vida (Patrão Neves, 2001).

Estas situações cujo desrespeito pela vida humana chocou toda a sociedade vieram pôr em relevo a necessidade urgente de criar mecanismos que pudessem responder às necessidades dos mais frágeis, resultando destes factos a adopção, pelas Nações Unidas, da declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. Esta fragilidade tem por base, na actualidade, a impossibilidade do exercício do direito à autonomia por parte de alguns indivíduos, gerada em consequência de

um conjunto de situações, de entre as quais salientamos a menoridade, a doença mental, estar sobre o efeito de drogas ou álcool, em situação comatosa, etc.

Relativamente a esta vulnerabilidade que apresentamos em determinados pontos do nosso ciclo vital, Fr. Bernardo Domingues (2001), salienta que “a doença, sobretudo certos tipos de doenças irreversíveis, revelam a vulnerabilidade da vida humana, a violência do real sofrimento físico, psíquico e imaginário. ... A doença altera os nossos conceitos de ser *senhor de si* e introduz o de precaridade em que o nosso corpo se torna outro, dependente dos outros.

É assim, durante estes períodos de dependência dos outros, que necessitamos de mecanismos reguladores, que garantam o respeito pelo ser humano, tendo sempre presente o direito à inviolabilidade desta mesma vida. Salienta-se assim, que os doentes, apesar da sua situação de maior fragilidade ou doença, continuam no pleno gozo dos seus direitos fundamentais, mas alguns destes direitos adquirem tonalidades ou expressões práticas que são específicas da condição em que se encontram aqueles que os invocam.

Assim, salientamos que o direito à igualdade pressupõe, para os doentes, um acesso idêntico aos cuidados de saúde, tratamento da mesma qualidade para todos, distribuição equitativa dos bens escassos (por exemplo intervenções diagnósticas ou terapêuticas de alto custo e elevado grau de especialização), etc. (Osswald, 2001).

Neste sentido, surgiram os princípios éticos, cujo principal objectivo é a defesa da vida humana, da sua integridade física e psíquica. Salientamos aqui o princípio da autonomia, que enfatiza o direito à autodeterminação e à livre decisão sobre aquilo que cada indivíduo considera ser o melhor para ele.

Podemos até considerar que este princípio é, na maioria dos casos, respeitado, contudo existem algumas situações em que ainda é comum haverem referências à sua violação. São elas as situações do respeito

pela vida humana, em doentes com autonomia reduzida, como por exemplo doentes menores de idade, em coma ou com doença mental grave, ou quando o indivíduo se encontra ainda no ventre materno e indivíduos que se encontram em fase terminal.

Ser pessoa pressupõe essencialmente estarmos em relação. Cada um de nós está nesta relação de uma forma que lhe é característica. Contudo, ser pessoa implica a capacidade de nos relacionarmos uns com os outros, tendo por base a noção de autonomia e heteronomia. Neste sentido, Pinto de Magalhães (1996) salienta que “Ser pessoa é poder dizer *eu* e referir-se a um *tu*, quer na linha horizontal dos outros (eus) _ é a dimensão social da sua individualidade _ quer na linha vertical da relação ao Tu absoluto (Deus e/ou valor) _ dimensão transcendental e ética da sua autonomia”.

Esta discussão em torno do que é ser pessoa passa por cada um de nós em forma de questões para as quais procuramos ao longo dos tempos uma definição consensual. Quem sou eu? O que é a minha identidade pessoal, que me constitui como ser único e irrepetível.

Outra questão que nos ocupa o pensamento ao longo da nossa existência é: o que sou eu? Será que sou apenas matéria? Esta questão baseia-se essencialmente na crença ou não de sermos mais alguma coisa, que perdure para além da nossa existência. Este problema prende-se, de alguma forma, com a incapacidade de aceitarmos a nossa finitude.

Renaud (2004) defende que o ser humano só é pessoa porque é dotado de uma inteligência reflexiva, através da qual o ser humano vive o tempo, o “seu” tempo, como história. O mesmo autor salienta ainda que o pessoa humana é relação, de tal modo que esta relação é o outro pilar que caracteriza a vivência humana enquanto tal.

Esta discussão constitui o ponto fulcral da tese que defende que são o exercício da razão e o reconhecimento do outro que caracterizam o

ser humano enquanto pessoa levantando-se assim a questão de que o feto e o doente mental grave, poderiam não ser considerados pessoas. No entanto, e na opinião de Renauld (2004) são os outros que mantêm este ser na sua dignidade de pessoa, pelo facto de o tratarem como tal, graças ao cuidado e ao seu acompanhamento atento e eficaz.

Por seu lado, Pinto de Magalhães (1996) defende a noção de que desde o ovo humano até à morte cada ser é já pessoa pois, em nenhum caso estaremos perante um mero e indistinto conjunto de células já que essa realidade está marcada pelo “pessoal” na sua origem, na sua finalidade e na sua subsistência.

Já Durand (1999) citando o filósofo Tristram Engelhardt defende que este define a pessoa pela autonomia da vontade, distinguindo assim, o conceito de pessoa do de ser humano; este filósofo salienta que os fetos, as crianças, os profundamente atingidos por doenças mentais, os seres humanos em coma, sem esperança de cura, são exemplos de seres da espécie humana mas que não fazem parte da comunidade das pessoas.

Esta visão do Homem enquanto pessoa, é, em nosso entender, uma visão reducionista, que considera que nem todos os seres humanos são merecedores dos mesmos direitos, estando certas pessoas apenas à mercê da “misericórdia” dos outros.

Como forma de contrariar esta visão, surge uma visão holística que é defendida pelo filósofo Lucien Sève citado também por Durand (1999), o qual “divide” a noção de pessoa em duas acepções distintas: pessoa de facto e pessoa de direito. Para este filósofo a pessoa de facto é, em suma, o ser concreto de carne e sangue, de olhar e de palavra, de sensibilidade e de querer, de razão e de liberdade. Essa pessoa é reconhecível por todos esses traços juntos; se apenas um deles faltar ela se desfaz como fumaça.

Contudo, o mesmo autor defende uma outra concepção de pessoa, a pessoa de direito, “unidade vivida do sujeito que vive em nós e de suas

prerrogativas atribuídas por outrem, a disposição jurídica, o estatuto cívico, a regra moral. Pessoa, em um sentido tanto ideal como material, susceptível de ser em alguma medida separada do corpo perecível mas consubstancial a esse nós mesmos que poderá, pode, poderia, pôde dizer “eu”, e mais amplamente ainda a essa ordem instituída da pessoa que ultrapassa infinitamente cada indivíduo singular. Realidade que, de resto, depende menos do ser que da relação, pois se existe uma pessoa é porque há uma outra para reconhecê-la como tal e afirmar-se ela própria como pessoa nesse reconhecimento. Não é tanto o eu que faz a pessoa; aqui, é a pessoa que me faz eu mesmo.

Também Patrão Neves (1996) defende que se o “ser humano se desenvolve numa dimensão psico-física, já a constituição da pessoa exige uma dimensão espiritual. Entendo por pessoa todo o ser humano capaz de consciência de si (e, por isso, simultaneamente, de consciência do mundo e de um transcendente), de relacionamento (comunicação) e de participação na comunidade moral dos homens. A pessoa constitui-se através do exercício de uma vontade consciente e livre que parte do indivíduo mas que se realiza em sociedade. Ser pessoa consiste num contínuo e infinito processo de realização de si, na criação de si próprio”.

Tendo por base esta noção de pessoa podemos então concluir que a pessoa transcende o nível dos factos, dos dados científicos (biológicos e psicológicos), para chegar ao dos valores. Ela não faz parte da ordem económica mas sim da ordem ética ou axiológica: é isto que o termo dignidade pretende significar (Durand, 1999).

2.1. O DOENTE TERMINAL

Ao falarmos de doente terminal, surge-nos com frequência a dúvida sobre que parâmetros deverão ser tidos em conta para que a cada doente se aplique, ou não, esta designação. No entanto, e pela bibliografia consultada parece consensual que doente terminal corresponde ao doente cuja doença não responde a nenhum acto terapêutico, razão pela qual este doente se encontra num processo que conduz irreversivelmente à morte. Neste sentido, e na opinião da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (1996), o doente terminal é todo o doente que tem, em média, 3 a 6 meses de vida, sendo que esta avaliação deve ser baseada num conjunto de critérios de objectivação de prognóstico.

Assim, prestar cuidados de saúde a um doente cujo diagnóstico culminou numa doença incurável levanta um conjunto de dúvidas e medos, característicos de quem se confronta com a possibilidade da morte de outrem. No entanto, este confronto resulta, muitas vezes, da consciencialização que cada um de nós, profissionais de saúde, faz da sua própria morte. Por este facto, pela incapacidade de lidarmos com a nossa própria finitude, se torna tão penoso o lidar com a proximidade da morte do outro.

Vidal (2007) refere que o sofrimento do doente terminal também nos infunde medo, porque nos vemos em espelho e fragilidade. Para além destes aspectos, também a vulnerabilidade e a mortalidade, elementos da nossa condição humana, são evidenciados, ao invés de esquecidos.

Neste sentido, Thompson e colaboradores (2004) salientam que os enfermeiros podem ter dificuldade em conseguir lidar com a morte de determinados doentes, por vários factores, de entre os quais salientamos a sensação de que questões emocionais ficam por resolver, por sentirem que aquela morte não é justa, não ocorreu no seu tempo

devido, criando uma sensação de culpa e incapacidade. Outro factor bastante significativo, segundo os autores anteriormente citados, é a evidência do definitivo, sendo que esta tomada de consciência dá-nos a percepção da nossa própria condição de seres mortais e dos nossos próprios limites.

Talvez esta confrontação com o nosso próprio fim seja uma das razões porque os doentes terminais são ainda tão esquecidos.

Todos nós temos consciência de que muito caminho ainda falta percorrer para que os cuidados prestados ao doente em fase terminal, possam transmitir muito mais que um simples alívio de dores ou de incómodos. É acima de tudo necessário dar corpo à necessidade sentida por todos nós de humanizar os cuidados que prestamos, nomeadamente aos doentes nesta fase da sua vida.

Mas o que é então humanizar os cuidados? Citando OssWald (2001) convém salientar que humanizar é reforçar o clima humano, de inter-relação confiante e confidencial, entre a pessoa doente e a sua família e o profissional de saúde. No entanto, convém salientar que para que seja humana, esta relação deverá ser uma relação entre pessoas, baseada numa comunicação terapêutica, afectiva e de compromisso. De salientar que a comunicação, mais do que uma ferramenta terapêutica a incluir nos planos de cuidados, é uma atitude profissional promotora da autonomia, da confiança, da alegria e da felicidade (Costa, 2004).

Humanizar os cuidados é também respeitar o direito que o doente tem à própria morte e de morrer com dignidade, ou seja, poder solicitar que não seja submetido a tratamentos desnecessários, quando se encontra em fase final de vida. Este prolongamento exagerado da vida do doente corresponde também a um prolongamento inútil da agonia, do sofrimento do doente, do qual não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer, por meio de intervenções, acções e condutas terapêuticas (Oguisso & Zoboli, 2006).

Cabe-nos aqui realçar que toda a vida humana, independentemente das contingências ou limitações, tem valor, pelo que o facto de o doente se encontrar numa fase terminal, deverá ter o direito de viver a sua morte com dignidade e humanamente. Este direito é, no entanto, muitas vezes barrado ao doente, pelos profissionais de saúde que encaram a morte do doente como um fracasso da sua própria actuação, utilizando por isso todos os meios técnico-científicos ao seu alcance para adiar o momento da morte do doente, aumentando, de forma desumana, o sofrimento do doente e dos seus familiares.

O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros é de extrema importância no que se refere à defesa dos direitos do doentes, sendo considerados os advogados dos doentes por excelência. Neste sentido, Fr. Bernardo Domingues (2001) salienta que os enfermeiros devem aprender a acolher, escutar, perceber e entender a grandeza e fragilidade da pessoa. O mesmo autor salienta ainda que os enfermeiros devem cultivar a unidade no essencial, a tolerância nas diferenças e a liberdade no que é opinável.

A doença é uma experiência de fragilidade que pode provocar, no doente e família, a consciência da mortalidade e da finitude da existência. Quando o doente é confrontado com uma doença terminal, verifica-se uma exacerbação bastante acentuada desta percepção, (Knobel & Silva, 2004), tendo em conta que ser doente terminal significa estar a viver uma etapa final de uma doença avançada, progressiva e incurável, cuja morte se espera que ocorra, apesar de todos os esforços para a evitar. Ou seja, está a viver o processo final da sua vida, de acordo com as suas circunstâncias individuais, familiares, socioculturais e as do próprio meio (Moreira, 2001).

O reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da vulnerabilidade sentida pelo doente em fase terminal, levou à criação de alguns documentos legais que vêm balizar a actuação dos profissionais

de saúde e, em simultâneo, estabelecer um conjunto de direitos cuja finalidade é a defesa do doente em fase terminal.

Pacheco (2002, p.90) apresenta alguns desses documentos, que passamos a apresentar. Assim, os Princípios Europeus de Ética Médica: Artigo 12º, diz respeito ao Auxílio aos moribundos, e defende que *a medicina implica em todas as circunstâncias o respeito constante pela vida, pela autonomia moral e pela livre escolha do doente. Contudo, o médico pode, em caso de doença incurável e terminal, limitar-se a aliviar os sofrimentos físicos e morais do doente, dando-lhe os tratamentos apropriados e mantendo, quanto possível, a qualidade de uma vida que se termina. É imperativo assistir ao moribundo até ao fim e actuar de modo a permitir-lhe conservar a sua dignidade.*

A autora salienta ainda as necessidades mais prioritárias do doente em fase terminal, baseadas na Carta dos Direitos do Doente Terminal. São elas:

- *ser tratado como pessoa até ao momento da morte, o que implica a prestação de cuidados individualizados, tendo em conta que o doente é uma pessoa, única em carácter, personalidade, passado, cultura, hábitos, valores e convicções que devem ser respeitados;*
- *expressar os seus sentimentos e emoções relacionadas com a proximidade da morte, o que implica ser ouvido, compreendido e poder partilhar com os amigos, familiares e profissionais de saúde todas as suas preocupações, para o que é necessário um clima de abertura e verdade;*
- *manter um sentimento de esperança e ser cuidado por pessoas capazes de ajudar a alimentá-la, e que pode ir desde a esperança de conseguir cura, até outro tipo de esperança menos “ambiciosa”, como seja a de viver mais algum tempo, de não sofrer, de ter uma morte serena, ou ainda a esperança da morte não ser simplesmente o fim de tudo;*

- *manter e expressar a sua fé, ou seja, poder discutir e partilhar as suas convicções religiosas, mesmo que sejam diferentes das dos outros, o que implica a liberdade de ter a assistência religiosa que deseja. e mesmo quando o doente não professa qualquer religião tem também o direito de prescindir de qualquer assistência religiosa;*
- *ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis, que compreendam as suas necessidades e prestem cuidados correspondentes, tecnicamente correctos e com sensibilidade humana, mesmo que seja evidente que a cura já não é possível;*
- *não sofrer indevidamente, o que inclui o alívio da dor e da restante sintomatologia, a prestação de cuidados proporcionados em relação aos resultados esperados, e também todo o apoio psicológico que possa contribuir para diminuir o sofrimento;*
- *receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas, participar em todas as decisões que lhe dizem respeito, e decidir livremente sobre o seu tratamento, após ser devidamente esclarecido;*
- *manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto das suas decisões serem diferentes das que tomariam as pessoas que o cuidam;*
- *ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo de doença e no momento da morte, e nunca morrer só;*
- *morrer em paz e com dignidade (Pacheco; 2002, p.90-91).*

Tendo em conta a importância do cumprimento destes direitos para os doentes em fase terminal, Thompson e colaboradores (2004, p.136) apontaram algumas medidas a serem tomadas neste sentido. São elas:

- *garantir o acesso adequado, de todas as pessoas, aos cuidados paliativos especializados e a uma boa gestão da dor;*
- *garantir o tratamento especializado do sofrimento físico e os cuidados aos moribundos, relativamente às necessidades psicológicas, sociais e espirituais;*
- *evitar o prolongamento artificial da vida das pessoas que estão a morrer, quer utilizando medidas médicas desproporcionadas quer dando continuidade ao tratamento sem o consentimento do paciente;*
- *garantir os recursos financeiros adequados e as facilidades necessárias para a formação continua e apoio psicológico aos profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos;*
- *fornecer meios para cuidar e dar apoio aos familiares e amigos dos pacientes terminais ou dos pacientes que estão a morrer, não só por eles próprios, mas especialmente para aliviar o sofrimento do paciente moribundo;*
- *ajudar a suavizar o receio dos pacientes perderem o controlo de si próprios e de se tornarem um peso ou ficarem totalmente dependentes dos familiares ou dos cuidados institucionais;*
- *proporcionar um espaço, dentro do meio hospitalar, convenientemente sossegado e com privacidade, onde o paciente que está a morrer se possa despedir de familiares e amigos;*
- *garantir a distribuição de fundos e recursos adequados para cuidar e apoiar os pacientes em fase terminal e moribundos;*
- *educar as pessoas, incluindo os profissionais de saúde, no sentido de ultrapassarem o estigma social da fragilidade, da doença terminal, da morte e do desgosto pela*

perda e a discriminação decorrente em relação aos que estão a morrer.

Todos estes aspectos visam essencialmente dar um novo rumo aos cuidados de enfermagem que se prestam aos doentes em fase terminal, defendendo a qualidade do desempenho dos enfermeiros, mas, acima de tudo, a qualidade de vida do doente.

Neste sentido, Magalhães (2009) citando Seymour (2004) salienta que a enfermagem em cuidados paliativos tem-se desenvolvido com uma ênfase clara na importância da combinação do conforto físico, emocional e espiritual, existindo desafios particulares no proporcionar conforto aos doentes que sofrem de doença avançada e que podem ter sintomas difíceis de controlar ou um grave sofrimento emocional ou existencial.

É neste sentido, que se tornam importantes os cuidados paliativos, tendo em conta que o seu objectivo é conseguir dar aos doentes e às suas famílias a melhor qualidade de vida. Nas situações oncológicas, muitos aspectos dos cuidados paliativos são aplicáveis nas primeiras fases da evolução da doença, justamente com o tratamento anti-canceroso, mesmo quando se espera que este seja eficaz, (Serrão, 2004, p.346).

No que concerne aos direitos dos doentes/família em cuidados paliativos e em sequência do que anteriormente foi exposto, a ANCP (recomendações para a formação dos enfermeiros, 2006), salienta que estes têm direito a receberem cuidados de qualidade; à sua autonomia, identidade e dignidade; ao apoio personalizado; ao alívio do sofrimento; a serem informados; e, a recusarem tratamentos.

Estes aspectos vêm, assim, corroborar a importância da humanização nos cuidados que se prestam ao doente terminal. Sendo o enfermeiro quem mais tempo passa junto do doente, quem estabelece

com ele maior intimidade, quem estabelece, de igual modo, uma relação de maior proximidade com os familiares e amigos, cabe-lhe um papel muito especial na humanização, de que é um verdadeiro construtor-artífice (Osswald, 2004).

Também Serrão (2004, p.347) reforça a ideia de que cabe ao enfermeiro um lugar privilegiado na relação com o doente em fase terminal ao referir que *o contacto prolongado e íntimo com o doente terminal, dá ao enfermeiro uma oportunidade única de reconhecer o doente como pessoa e de perceber o que lhe causa desconforto e sofrimento e o que efectivamente o alivia; e este conhecimento pode permitir ao enfermeiro uma intervenção decisiva para que o doente suporte os sucessivos incómodos do processo de morrer que não são já os da doença principal, a qual parece que o doente, em fase terminal, esqueceu ou fez desaparecer da sua consciência; mas são, sim, os das intercorrências, exactamente as que caem na esfera das competências específicas dos cuidados de enfermagem.*

*“Ser-se humano consiste principalmente em ter-se relações
com outros seres humanos.”*

F. Savater (s.a.)

CAPÍTULO 3. RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE

Falar sobre a relação enfermeiro-doente é à partida um desafio, pois consideramos que, apesar de se verificar actualmente uma maior ênfase relativamente à importância desta relação, ela permanece ainda muito enclausurada na teoria. A sua valorização está ainda confinada a um pequeno grupo de profissionais, que se mantêm fiéis aos verdadeiros princípios da profissão de enfermagem.

Esta relação que se pretende alargar a todos os que decidem enveredar pela profissão de enfermagem, fundamenta-se no reconhecimento do vasto benefício que uma relação cuidativa representa para a melhoria da saúde global do doente. O cuidar envolve, assim, a preocupação do enfermeiro pelo outro, na sua existência, constituindo-se de pequenas coisas do dia-a-dia, mas que para determinadas pessoas, nomeadamente para aquelas que, por motivos de doença, se encontram fragilizadas, dão sentido à vida e são importantes.

Esta relação cuidativa acrescenta, deste modo, algo à profissão de enfermagem. Assim, e como forma de realçar a importância desta relação, salientamos as palavras de Hesbeen (2000) que refere que quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas.

Este olhar sobre a enfermagem demonstra bem o valor que um conjunto de pequenos gestos, perdidos algures na imensidão de um leque variado de actividades técnicas realizadas ao longo do dia, representam para o doente e seus familiares, ao permitirem ao enfermeiro manifestar por eles uma grande atenção e carinho.

Ribeiro (1995) salienta que apesar da evolução tecnológica apelar à valorização da vertente tecnicista, existem situações, tais como, o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, que evidenciam a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva, nos quais se defende essencialmente a manutenção da qualidade de vida e a promoção da dignidade humana.

Deste modo, também no campo da ética a relação enfermeiro-doente ganha um novo sentido, pois fundamenta-se no respeito pela dignidade do outro, encarando-o como parceiro no processo de tomada de decisão. Tendo por base este pressuposto, esta relação fundamenta-se no reconhecimento da autonomia do outro, na sua capacidade de decisão, enquanto ser livre e responsável, contrapondo a atitude paternalista e beneficente que caracteriza ainda hoje a prestação de cuidados de muito profissionais de saúde.

Para além dos aspectos anteriormente citados, é ainda atribuído ao enfermeiro o papel de advogado do doente. Este papel, apesar da controvérsia gerada em seu redor, é defendido por N. Abrams, citado por Pacheco (2004), que apresenta diversas perspectivas dessa função atribuída aos enfermeiros:

- O “advogado” do doente como a pessoa cuja função é aliviar ou reduzir o medo, restabelecer os sentimentos de autonomia e de auto-controlo, acompanhamento e atenção;
- O “advogado” como a pessoa que ajuda o doente a tomar posições àcerca da sua saúde e tratamento, discutindo com ele as

alternativas e vendo quais as que se adaptam melhor à situação concreta;

- *O “advogado” como a pessoa que informa o doente à cerca dos seus direitos e que se assegura que este os compreendeu;*

- *O “advogado” como o representante do doente sempre que ele não tem possibilidades de se manifestar, como é o caso dos doentes em coma, doentes mentais, crianças ou doentes em situação de emergência.*

- *O “advogado” como a pessoa que avalia a qualidade dos cuidados prestados ao doente e que assegura a continuidade dos mesmos, verificando se a informação é transmitida entre os membros da equipa, e que serve de contacto entre o doente e a equipa ou entre a família e a equipa.*

Ao observarmos os aspectos salientados pelo autor, podemos constatar que todos eles se enquadram no âmbito das funções do enfermeiro, tendo em conta que estes visam essencialmente procurar que sejam respeitados os direitos do doente.

Outros aspectos éticos de extrema relevância para o estabelecimento de uma relação terapêutica são a valorização do respeito pelo outro, incluindo-se aqui o respeito pelos direitos dos doentes, nomeadamente o direito à privacidade, à intimidade, à informação, ao sigilo e à justiça.

De acordo com Benner (2001) uma ética do cuidar tem de ser aprendida experiencialmente, porque está dependente do reconhecimento dos comportamentos éticos em situações específicas, no contexto de comunidades específicas, de práticas e de hábitos.

Debruçarmo-nos sobre a relação enfermeiro-doente é, em parte, entrar num campo ainda por desbravar, onde o pouco que existe se entrelaça com um elevado conjunto de saberes. No entanto, é esta

interrelação de saberes que constitui as ciências de enfermagem, não sendo por isso estas menos importantes.

Contudo, consideramos que muito existe ainda por conseguir, de modo a podermos transpôr o que apenas se verifica em teoria para a prática diária de cada um de nós.

Numa profissão na qual as atitudes e sentimentos estão no mesmo patamar de importância que os conhecimentos teóricos e científicos, é fundamental percebermos que o papel do enfermeiro é muito mais que administrar determinada terapêutica de forma correcta, conhecendo os seus mecanismos de acção e os efeitos colaterais e adversos. É importante percebermos que estes aspectos deixam de ter tanta relevância quando o doente não tem hipótese de cura e que a nossa presença e compaixão podem fazer a diferença, na medida em que a promoção do bem-estar e da esperança são um aspecto fulcral no respeito pela dignidade do doente.

Torna-se assim importante efectuarmos um investimento efectivo sobre esta humanização da relação enfermeiro-doente em fase terminal pois ainda é frequente verificarmos, por parte dos enfermeiros, uma fuga quer relativamente ao falar sobre a morte, quer sobre o efectuar uma reflexão sobre a mesma. No entender de Takahashi e colaboradores (2008) esta negação constitui um mecanismo de defesa face à perda e à dor dos que ficam. No entanto, este mecanismo de defesa pode criar uma armadura protectora, que se manifesta pela insensibilidade e frieza, prejudicando, assim, o desenvolvimento do profissional, impedindo-o de crescer humana e profissionalmente.

Este comportamento por parte dos profissionais de saúde é percebido pelos doentes em fase terminal, conforme se pode verificar nos resultados de um estudo efectuado por Vidal (2007) o qual refere que uma vez dado o prognóstico e comprovado o estado de terminalidade, os doentes sentem-se sós, queixam-se da equipa de

saúde, referem que as pessoas já não se aproximam, aparecendo apenas para a administração terapêutica. O estudo refere ainda que os doentes referem que os profissionais apenas se preocupam com a técnica, esquecendo o seu lado emocional, que já se encontra completamente abalado, tornando cada vez mais doloroso o seu estado geral.

Como nota final, fica a convicção de que a relação enfermeiro-doente constituirá a base para uma melhoria global dos cuidados de enfermagem e uma maior satisfação dos doentes que cuidamos, pelo que é importante que aprendamos a interagir com os doentes e suas famílias, pois apesar da relação ser algo de inato no ser humano, tem também muito de aprendido. Assim, aprender a ser e a estar em cuidados de enfermagem é uma tarefa de todos os dias; o esforço de cada um é fundamental para o sucesso desta construção profissional (Costa, 2004).

3.1. COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE

Não se pode reflectir sobre a relação entre o enfermeiro e o doente sem, inicialmente, abordarmos a importância da comunicação. Sendo o ser humano um ser social, ele está em permanente comunicação com o meio que o envolve. Deste modo, também o enfermeiro na sua relação com o doente permanece em constante comunicação, facto que a torna deveras importante.

A comunicação é, no entender de Querido e colaboradores (2006), *um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-perceptuais (acústicos, visuais, olfactivos, tácteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra.*

Numa fase final da vida do doente, a comunicação reveste-se de características especiais. Passam a valorizar-se todos os canais comunicacionais, em detrimento da valorização da palavra.

Relativamente a este aspecto, Abiven (2001) salienta que escutar o doente em fase terminal é uma arte subtil e difícil. Na opinião da autora, os canais de comunicação são diferentes; de facto, ou estamos perante um doente à espreita de um sinal na nossa atitude, na nossa forma de nos exprimirmos, ou estamos perante um doente tão fraco que pouco ou nada fala. Tanto numa situação como noutra resta-nos a comunicação não verbal pela qual circulam inúmeras informações.

Segundo Costa (2004) a comunicação em enfermagem é um processo de interacção que consiste em fazer circular ou transmitir informações, um conjunto de dados total ou parcialmente desconhecidos do doente, antes do acto de comunicação. A mesma autora refere ainda que comunicar em enfermagem é uma arte que não se limita a uma troca de palavras, mas inclui a partilha de emoções, de sentimentos e de ideias, exigindo da parte do enfermeiro a capacidade de falar e escutar.

Como forma de realçar a dificuldade em comunicar com o doente em fase paliativa, salientamos as palavras de Querido e colaboradores (2006) citando Gask (2000) , que refere que comunicar eficazmente, em contexto de cuidados paliativos, é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e a família. Os autores anteriormente citados referem ainda que na relação terapêutica em cuidados paliativos, a comunicação, enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, é um veículo central na abordagem clínica e, como tal, detém uma função essencial, tão importante como a realização do diagnóstico ou a selecção da terapêutica adequada.

A comunicação, para se constituir enquanto comunicação terapêutica, requer, assim, o estabelecimento de laços afectivos que fundamentem a existência de uma relação empática entre o enfermeiro e o doente, sendo esta capacidade relacional um aspecto fulcral para o

desenvolvimento de uma ética do cuidado, tendo em conta que os problemas éticos conformam problemas de relação.

Neste sentido, Oguisso e Zoboli (2006) salientam que as pessoas envolvidas em um conflito ético não são vistas como adversários numa disputa de direitos, mas como participantes interdependentes de uma rede de relacionamentos de cuja continuidade depende a manutenção da vida de todos, sendo o objectivo central a busca de uma solução não violenta para os conflitos, baseada numa comunicação cooperativa e não competitiva.

Na opinião de Queirós (2001), actualmente em enfermagem a dominante ética que se encontra na prática de todos os dias é ainda a que provém de uma lógica do dever, embora se reconheça que nas escolas e mesmo nas perspectivas de muitos profissionais se verifique uma mudança que destaca o cuidar, a responsabilidade face ao outro e a adopção de modos de realizar a profissão, dando ênfase à pessoa que necessita de cuidados, sejam eles de natureza preventiva, de promoção de saúde, de manutenção ou de recuperação.

Deste modo, Costa (2004) citando K. Swanson (1991) salienta que as acções dos enfermeiros em contexto de prestação de cuidados podem identificar-se com os processos de cuidar:

- *Conhecer* significa compreender um acontecimento com o significado que tem para o outro, sem ideias pré-concebidas;
- *Estar com* não é apenas estar disponível para o outro, mas inclui estar presente e partilhar sentimentos;
- *Fazer por* significa intervir pelo outro nas acções que ele realizaria sozinho se tivesse capacidade para decidir e para agir;
- *Possibilitar* implica usar o conhecimento específico com a finalidade de beneficiar o outro e pode incluir explicar, ajudar, favorecer a decisão pela apresentação ou sugestão de alternativas

capazes de promover a autoconfiança, autocuidado e autorealização;

- *Manter a crença* é ajudar a acreditar nas potencialidades para superar crises e acontecimentos. É ajudar a ter confiança e a seguir as suas convicções.

Estes aspectos demonstram o quanto o enfermeiro pode beneficiar o doente no seu percurso de vida, se colocar nas suas acções diárias um pouco de si próprio, actuando com compaixão e bondade, permitindo, assim, que cada gesto seu tenha como objectivo último o bem-estar do outro, enquanto ser humano.

Neste sentido, Hawley (2007) salienta que a relação enfermeiro-doente se fundamenta em quatro aspectos fundamentais, que são:

- **Cuidado** – este conceito inclui a noção da existência de um compromisso de protecção da dignidade humana e da preservação da vida. Este conceito defende ainda que para um profissional de saúde ser cuidativo tem que demonstrar respeito pela dignidade humana, compaixão e bondade.

- **Advocacia** – este conceito, na opinião dos autores anteriormente citados, inclui o respeito pela autodeterminação do doente, baseando-se no respeito pela sua dignidade, privacidade e livre escolha. O enfermeiro, enquanto advogado do doente deve zelar para que outros profissionais de saúde forneçam uma informação verdadeira e honesta e respeitem a integridade, dignidade e privacidade dos doentes, de forma a que estes possam fazer as suas próprias escolhas.

- **Responsabilidade** – Este conceito defende essencialmente que o enfermeiro é responsável não só pelo seu comportamento mas também pelo doente. Isto significa,

na opinião dos autores, que sempre que o enfermeiro comete um erro deve desculpar-se junto do doente explicando as suas acções.

• **Colaboração** – Este conceito defende uma relação de igualdade entre o enfermeiro e o doente, como forma de facilitar a adesão do doente aos cuidados de que necessita. Esta colaboração inclui, de igual modo, a colaboração interprofissional com o objectivo de encontrar as melhores soluções para os problemas de saúde do doente.

De facto é fácil constatar-mos que a relação enfermeiro-doente se reveste de múltiplos aspectos e exigências. Estas exigências são enfatizadas por Bevis (2005) quando refere que os enfermeiros, nos modernos cuidados de saúde, estão apanhados num laço. Um laço que os coloca entre a tecnologia e a competência que permite que muitos dos que formalmente morreram, vivam, e a mensagem é que se não conseguirmos ajudar o doente a ser curado, então a nossa missão é ajudá-lo a morrer.

A mesma autora, citando Gadow (1988, p.400) confronta este dilema ético salientando:

As diferenças éticas entre cuidar e tratar são sentidas mais intensamente pelos enfermeiros do que por outros profissionais. Isto é tornado dramaticamente claro para mim quando sou chamada aos cuidados intensivos para uma consulta ética sobre um paciente à volta do qual três grupos estão a batalhar: a equipa médica que deseja e pressiona para a cura; a família que em nome do paciente deseja abertura para tratamento; e os enfermeiros que entretanto - e no meio - estão comprometidos com o cuidar, apesar do facto de que pode ser um compromisso infinito, sem fim previsível, se o paciente não for capaz de morrer ou recuperar. Sem nenhuma direcção para apontar o seu cuidar - seja a recuperação ou a morte com dignidade - eles estão moralmente à deriva.

Também Pacheco (2002) aborda as diferenças entre cuidar e tratar, salientando que tratar e cuidar são duas atitudes claramente distintas, sendo possível tratar sem cuidar, tratar e cuidar simultaneamente e ainda cuidar sem tratar. A mesma autora refere que para aqueles que se preocupam em tratar, frequentemente esquecendo o cuidar, o objecto dos seus cuidados é a doença, sendo a pessoa vista apenas como um conjunto de órgãos que podem deixar de exercer correctamente a sua função. Para aqueles que se preocupam em tratar e cuidar simultaneamente, a principal preocupação é a pessoa doente, sempre tida em conta como ser único e insubstituível que é.

Cuidar implica, assim, a valorização da relação interpessoal, o respeito pelo outro, na sua globalidade e singularidade e a sua integração e participação na tomada de decisão.

3.1.1 INFORMAÇÃO AO DOENTE E FAMÍLIA

Um dos principais problemas na prática de cuidados paliativos é determinar se informamos ou não o doente e como se irá desenvolver a comunicação (Querido et al, 2006). No entanto, é consensual que a informação é a base da fundamentação das decisões autónomas por parte do doente, sendo necessária para que o doente possa, de forma consciente, consentir ou recusar as medidas terapêuticas que lhe forem propostas.

Este consentimento, que se materializa através do processo de tomada de decisão clínica, deve ser partilhado entre os profissionais de saúde, os doentes e, em caso de ausência de autonomia por parte destes ou por sua delegação, pela família. De salientar que para que este facto se torne possível, é necessário que os doentes e os seus familiares recebam a informação necessária para decidirem em consciência. Para além da informação é ainda necessário que lhes seja disponibilizado todo o apoio de que necessitem bem como os cuidados direccionados para a situação, de modo a conseguirem geri-la da melhor forma.

Fortes (1998) refere que esta informação deve ser simples, aproximativa, inteligível, leal e respeitosa, ou seja, fornecida dentro dos padrões acessíveis à compreensão intelectual e cultural do doente, para não se correr o risco de a mesma implicar baixo potencial informativo ou desinformação.

Esta necessidade de informar o doente deriva da prática do “consentimento informado”, o qual supõe que o doente seja sempre esclarecido pormenorizadamente das razões de todos os procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, bem como dos resultados esperados, vantagens e riscos (Pacheco, 2002).

No entanto, e tendo em conta a quantidade de informação que o cuidar de um doente com doença grave envolve, somos confrontados com a dúvida sobre que tipo de informação devemos dar aos doentes, sendo muitas as dúvidas sobre se estamos ou não a dar a informação de que o doente necessita, neste sentido Melo (2005) refere que a maioria dos doentes quer ter informação sobre a sua doença, tratamento e mesmo sobre os riscos associados a cada uma destas condições.

Não prestar esta informação ao doente é obrigá-lo a viver sozinho no isolamento, pois pensar que o doente não compreende o que se passa com ele, é não dar importância a tudo o que a doença lhe impõe.

Neste sentido, Vidal (2007) salienta a importância da informação ao referir que o enfermeiro deve aumentar a sensação de controle por parte do doente, proporcionando-lhe orientação antecipada e permitindo-lhe hipótese de escolha sempre que possível, incluindo-o nas decisões, fornecendo informações e explicações.

Na era da comunicação social, onde diariamente nos confrontamos com explicações diversas sobre as mais variadas situações de doença, não podemos simplesmente ignorar que também o doente tem acesso a essa informação. Não lhe dar espaço para fazer questões abertamente,

de forma a minimizar a ansiedade e o medo provocados pela sua situação é aceitar vê-lo morrer literalmente de angústia, escondido no isolamento que todos mantêm à sua volta (Abiven, 2001).

Tendo em conta estas premissas, surge assim, a necessidade de dizer a verdade ao doente terminal, problema com que todos os profissionais de saúde se debatem, pelo impacto que essa informação provoca no doente e família. No entanto, cada vez mais este problema está em debate, sendo muitas as directivas que têm vindo a público, donde podemos citar um documento do Secretariado dos Bispos Franceses e pela Declaração da Conferência Episcopal Alemã de 20 de Novembro de 1978, citadas por Sgreccia (2009) e que indicam os seguintes critérios éticos:

- *A verdade continua a ser o critério de fundo para que um acto moral seja objectivamente positivo. Por isso, é preciso evitar a sistemática concretização de um comportamento falsificatório por parte dos parentes e dos prestadores de cuidados. A mentira sistemática não é útil para o doente que tem direito à informação e também à preparação para uma morte digna; e pode tornar-se inútil e contraproducente, quando – caso que ocorre fácil e frequentemente – o doente acaba por descobri-la. A literatura confirma que, sempre que foi oferecida e recebida oportunamente, a verdade produziu uma reacção positiva, tanto ao nível da psicologia e da espiritualidade do doente como ao nível dos familiares.*
- *Esta informação, quando estão em causa doentes graves ou terminais, deve ser dada no âmbito de uma “comunicação humana” mais ampla e interpessoal que não se limite a fornecer dados de diagnóstico e de prognóstico da doença. É, antes de mais, imperioso escutar o doente e só depois se poderá falar-lhe da gravidade da doença. Aquilo que o doente – especialmente o moribundo – procura de quem o assiste é a*

solidariedade, e que não o deixem só; é poder comunicar, sentir a partilha.

- *Se a mentira não deve ser assumida como linha de conduta e a comunicação da verdade continua a ser a meta a atingir, é preciso recordar, todavia, que a verdade a comunicar deve ser adequada à capacidade do sujeito para a receber salutarmente. Por isso é preciso preparar o estado de ânimo adequado, é preciso conhecer as várias fases psicológicas do moribundo (especialmente nos casos dos doentes oncológicos), para não agravar as fases depressivas; também é preciso pensar numa gradualidade e, eventualmente, saber parar no momento certo. Nunca é necessário fechar completamente a porta à esperança, dado que, na realidade, em Medicina não há previsões absolutas.*

- *A este propósito, também a revisão de 1998 do Codice Italiano di Deontologia Medica, no seu artigo 30º, afirma “O médico deve fornecer ao doente a mais idónea informação sobre o diagnóstico, sobre o prognóstico, sobre as perspectivas e as eventuais alternativas diagnóstico-terapêuticas e sobre as previsíveis consequências das escolhas feitas; o médico, ao informá-lo, deverá ter em conta as suas capacidades de compreensão, a fim de promover no doente a máxima adesão às propostas diagnóstico-terapêuticas.*

[...] As informações relativas aos prognósticos graves ou negativos, ou que possam provocar preocupação e sofrimento à pessoa, devem ser dadas com prudência, usando terminologias não traumatizantes e sem excluir elementos de esperança”.

- *Embora tendo presente a norma metodológica precedente, cremos que se deve sublinhar a obrigação de não esconder a gravidade da situação na sua substancialidade, especialmente quando o doente tem o dever de enfrentar, antes da*

morte, decisões importantes, e tem, como cada um de nós, o dever-direito de se preparar para uma boa morte (Sgreccia, 2009).

Também o Código Deontológico dos Enfermeiros apresenta no seu Artigo 84º matéria relacionada com o dever de informação, defendendo que o enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação do doente, assume o dever de:

- *Informar o indivíduo e família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- *Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- *Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;*
- *Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (Nunes et al, 2005).*

Neste seguimento, citamos, de igual modo, a DGS (2004), que defende, através da Carta dos Direitos e Deveres dos doentes, que o Doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. O mesmo documento esclarece que esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.

A leitura de todos estes documentos, e de muitos outros existentes, conduzem-nos à importância da transmissão de informação ao doente.

No entanto, nunca nos devemos esquecer que a forma como essa informação se dá pode fazer toda a diferença, uma vez que através dessa informação podemos estar a contribuir para uma morte serena, ou para o aumento do sofrimento do doente e família.

Pelo referido pode concluir-se que o apoio e a informação fornecidos ao doente e família, desempenha um papel primordial na aceitação da doença, na capacitação para lidar com as situações, na tomada de decisão e no envolvimento no processo do cuidar por parte da família, permitindo-lhe assim, reduzir a incerteza e simultaneamente adquirir algum controlo sobre as actividades do dia-a-dia, o que pode contribuir para um sentimento de bem-estar, apesar da realidade que enfrentam (Moreira, 2001).

3.2. AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Não podemos falar sobre a autonomia do doente sem antes abordarmos, de forma sucinta, os princípios éticos fundamentais. Este conjunto de princípios tem como principal objectivo servir de guia orientador da prática clínica. Antunes (1998) citando Beauchamp e Childress (1994) enumera os seguintes princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Estes princípios, que constituem o chamado principialismo de Beauchamp e Childress, assentam em três pontos basilares: 1) *Não existem normas intrínsecas à prática médica que possam guiar as decisões;* 2) *Há quatro princípios fundamentais (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), que deveriam orientar as acções em medicina;* 3) *Esses princípios devem ser aplicados às situações concretas para a formulação de juízos morais particulares* (Sgreccia; 2009, p.227-228).

O conceito de Tomada de Decisão em Saúde é bastante recente, sendo os cuidados de saúde, desde a Antiguidade, entendidos quer por profissionais quer por doentes, como derivados de uma atitude benéfica, por parte de quem os presta.

Esta atitude beneficente assenta, desde os primórdios da medicina, no Princípio da beneficência, o qual defende essencialmente a realização do bem para com o outro, sendo esta prática sugestiva de altruísmo, amor e humanidade.

O Princípio da prática da Beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, ajudando-os na defesa dos seus interesses legítimos, prevenindo ou removendo possíveis males (Beauchamp, 2008).

Na opinião de Kant esta noção de beneficência tem por base o princípio do dever. Salientando ele que “todos os seres humanos têm o dever de ser beneficentes, ou seja, todos têm o dever de ajudar o outro (Beauchamp, 2008). Este filósofo do século XVIII salienta que só se admite como critério ético aquele que puder ser concebido como absolutamente universal, estabelecendo uma moral do dever, que se fundamenta na racionalidade humana e tem como princípio básico o imperativo categórico de Kant: “O único valor absoluto da vida humana é a vontade que se prende à lei moral. Procede de maneira tal que a máxima de sua vontade possa valer sempre, ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal”.

Esta noção do dever Kantiano foi bastante contestada e esteve na origem do emergir do princípio da não-maleficência, defendido por Gert, o qual assentava na obrigação de não magoar as pessoas intencionalmente; defendendo então que o principal objectivo da moral é minimizar o mal e não promover o bem.

Assim, defendemos que o papel do profissional de saúde é conciliar a dignidade humana da pessoa doente com o objectivo supremo da ciência médica: minorar o sofrimento humano, (Beckert, 2002). Não esquecendo que existe uma indissociabilidade entre a conduta ética dos profissionais de saúde e noções como consciência e sentido de pessoa,

valores, vontade; autonomia, liberdade; responsabilidade, verdade, respeito e reciprocidade (Oguisso & Zoboli, 2006).

Contudo, é comum verificarem-se atropelos a esta postura dos profissionais, sendo que muitas vezes os doentes passam a ser um meio para o atingir dos seus fins, deixando assim, de ser tida como valor absoluto a dignidade humana.

Por este motivo surge a necessidade de balizar o comportamento dos profissionais de saúde na tentativa de defender os direitos dos doentes.

Relativamente a esta mudança de paradigma que se tem verificado nos ultimos tempos, Beckert (2002) salienta que a preocupação utilitarista pelo bem estar do indivíduo na sua articulação com a comunidade, independentemente da autonomia que o caracteriza como sujeito de decisão, é progressivamente substituída pela atenção à pessoa que o doente encarna, passando este a ter voz activa nas escolhas a fazer quanto à sua própria vida.

3.2.1. A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

As profissões ligadas à saúde, nomeadamente a medicina, confrontam-se diariamente com a necessidade de restabelecer a saúde do doente, sendo por isso o seu objectivo principal prevenir ou curar a doença, aliviar os sintomas do doente e melhorar ou manter as suas funções vitais. Estes objectivos fundamentam-se em dois princípios fundamentais, o Princípio da Beneficência e da não-Maleficência, cuja filosofia assenta no Juramento Hipocrático, *Eu usarei os tratamentos para ajudar os doentes, de acordo com as minhas capacidades e julgamento, mas nunca com a finalidade de lesar ou fazer mal* (Jonsen et al, 1999).

Deste modo, o profissional de saúde vê-se obrigado a efectuar uma avaliação correcta do problema de saúde do doente, ponderando, de forma criteriosa, os riscos e os benefícios do tratamento instituído.

Esta filosofia de base não tinha em conta o direito à participação do doente no seu processo de tomada de decisão, sendo que a actuação do profissional de saúde dependia apenas do seu juízo de valor perante a situação concreta.

Contudo, esta tomada de decisão, inerente a cada um de nós, advém dos valores éticos que nos são transmitidos pelo modo de vida em que estamos inseridos e pela forma como concebemos o mundo em que vivemos.

Relativamente a estes aspectos, Fernandes e Freitas (2006) referem que o modo de pensar, a vontade, o sentir e agir religam os elementos constitutivos da tomada de decisão, mostrando, mediante o acto em si, a identidade de cada pessoa, pois o homem existe para criar e realizar coisas, e dessa forma vai construindo o modo de viver, aprendendo a cuidar de si, do outro e do mundo como ser humano consciente das suas escolhas e actos.

Esta capacidade para tomar decisões, de forma autónoma e consciente, representam para o homem a existência da sua liberdade de escolha, a qual deve exercer em consciência. Sendo o homem um ser de decisão, cada tomada de decisão representa para si mesmo a sua constituição enquanto pessoa.

Contudo, esta autonomia para decidir é muitas vezes perturbada por situações de doença, nas quais o doente fica à mercê dos cuidados prestados por outros, nomeadamente os profissionais de saúde. É assim, neste contexto de autonomia reduzida, que a tomada de decisão ganha especial relevo, tendo em conta que a mesma defende a capacidade do doente ter voz activa na decisão sobre o seu corpo e a sua vida.

Esta incapacidade para poder escolher, de livre vontade aquilo que considera ser o melhor para si, já era considerado como prejudicial à autonomia do homem, tendo levado à criação, por Emmanuel Kant (1785), de alguns princípios a que este chamou princípios pressupostos e necessários à ética, nomeadamente o princípio constitutivo da ética,

que se baseia na premissa de que o conceito “pessoa” ou “personalidade” é fundamental à ética. Este princípio constitutivo defende que cada pessoa deve ser tratada como um fim em si mesmo e nunca simplesmente como meios instrumentais para um fim (Thompson et al, 2004).

Os mesmos autores salientam ainda que “o respeito pela pessoa” funciona como um princípio regulador para a nossa conduta ética uma vez que exige da nossa parte, na nossa prática quotidiana, respeito pelos direitos dos outros e obriga a evitar a exploração ou o abuso das pessoas.

Ainda relativamente a estes aspectos, Antunes (1998) salienta que é reconhecida ao doente a liberdade na esfera da decisão, devendo ser considerado um ser autónomo e independente, com crenças e valores que deverão ser respeitados. A autora salienta ainda que era neste sentido que Emmanuel Kant acreditava que um ser racional age autónomamente de acordo com a sua perspectiva do bem individual e do bem comum; porque o ser humano ao possuir desejo e vontade é, necessariamente, um fim em si mesmo.

Este enfoque especial sobre os direitos da pessoa surge com a proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, ou seja um ano depois da elaboração do Código de Nuremberg.

Estas duas declarações vieram dar uma maior visibilidade aos possíveis problemas levantados pelo avanço técnico-científico, o que veio provocar, a partir de 1960, uma maior sensibilização por parte da população, no que concerne aos seus direitos individuais.

Relativamente aos cuidados de saúde, houve, por parte dos consumidores deste tipo de cuidados, uma forte crítica contra o paternalismo médico tradicional, o qual defende que o médico tem sempre razão e que por este motivo o doente vê-se obrigado a obedecer (Durand, 2003). Segundo este autor foi também reivindicado o direito

de participar da tomada de decisão referente à sua saúde e aos tratamentos necessários.

A conduta do profissional é hoje constantemente posta em evidência, tendo em conta os inúmeros avanços técnico-científicos que se verificam, de forma continuada.

Os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, devem, assim, utilizar os conhecimentos e os recursos tecnológicos que se encontram à sua disposição, de forma ética, crítica e responsável. Na opinião de Oguisso e Zoboli (2006), é imprescindível que o profissional de enfermagem pondere os aspectos positivos e negativos ao decidir utilizar ou não determinado conhecimento ou tecnologia, ou seja, avalie os benefícios, a justiça, a autonomia, ao decidir intervir na situação concreta, ou ao utilizar os meios quando efectuar acções voltadas, directa ou indirectamente, para o cuidado do doente.

Debruçarmo-nos sobre a tomada de decisão ética em saúde é ter presente, em todos os momentos, o respeito pelo ser humano, em toda a sua plenitude. Nenhum indivíduo pode exercer o seu poder decisório no que concerne ao seu corpo, escolhendo para si próprio os tratamentos que considera serem aqueles que melhor se adequam à sua vontade, se os profissionais de saúde não o considerarem uma pessoa com plenos poderes e com capacidade para escolher por si próprio aquilo que melhor lhe convém.

Por vezes estas escolhas são dolorosas para os profissionais de saúde, pois à luz dos seus valores, princípios e mesmo conhecimentos, consideram que a decisão do doente, não é aquela que melhor se adapta à sua recuperação física ou psíquica. Consideram ainda que esta mesma decisão pode inclusivé ser prejudicial. Contudo, é ao doente que cabe avaliar aquilo que mais deseja, tendo em conta os seus valores, a sua realidade de vida e as suas crenças.

Pode, por vezes, o profissional de saúde tentar persuadir o doente a mudar o rumo da sua decisão, considerando que existe a hipótese do doente se encontrar com a sua autonomia reduzida, por deficiente esclarecimento sobre a sua situação de doença e tratamentos que melhor se adequam, ou por medo, etc. No entanto, e após dissiparem estes possíveis intervenientes na capacidade de decisão do doente, devem os profissionais de saúde respeitar e fazer respeitar a vontade do doente, se esta se mantiver inalterada.

3.2.2. A AUTONOMIA VERSUS AUTONOMIA REDUZIDA

Para que o doente tenha poder de decisão ele terá que apresentar capacidade autónoma para decidir de forma livre e responsável, sobre os assuntos que considera serem os melhores para a sua vida pessoal. Esta capacidade autónoma é o garante do respeito do outro, nomeadamente do profissional de saúde, pelas decisões tomadas pelo doente.

Como ponto de partida temos então o respeito pelas preferências do doente, devendo o profissional de saúde aceitar, de igual modo, quer a aceitação quer a recusa do doente, no que concerne à instituição de determinado tratamento ou medida terapêutica. Jonsen e colaboradores (1999) salientam que a preferência por parte de um doente informado, em aceitar ou recusar o tratamento médico proposto, tem importância ética, legal, clínica e psicológica. Salientando ainda, estes autores, que as preferências do doente constituem o núcleo ético e legal da relação médico-doente.

Esta autonomia deriva do conceito de pessoa, detentora de direitos e de responsabilidades, o que implica que um indivíduo seja capaz de exercer determinado grau de auto-determinação e que seja livre e capaz de agir de forma a exercer os seus direitos e a reconhecer os seus deveres para com os outros (Thompson et al, 2004).

No entanto, em situação de doença, nomeadamente de doença grave ou mental, ou ainda por menoridade, alguns doentes perdem esta capacidade para decidir de forma responsável, sobre o melhor rumo a seguir, no que concerne aos tratamentos que lhe são designados. Nesta situação poderemos dizer que o doente se encontra numa situação de autonomia reduzida, a qual pode ser temporária ou definitiva, e que leva os profissionais de saúde a tomarem as decisões pelo doente, caso este não tenha um tutor legal que o represente.

Nesta situação justifica-se a necessidade de um outro princípio constitutivo designado por princípio da reciprocidade, o qual defende que devemos fazer aos outros aquilo que gostaríamos que nos fizessem a nós. Este princípio é necessário tendo em conta que em determinados momentos da nossa vida, e por diversos motivos, sentimo-nos mais vulneráveis – quando somos crianças, doentes, maltratados, com problemas mentais, senis ou moribundos.

Este princípio fundamenta o princípio da beneficência, o qual comporta dois factores: não fazer o mal ao próximo (entendido também como princípio da não-maleficência) ou, visto de forma positiva, fazer-lhe o bem, que no campo da saúde pode ser traduzido como a obrigação de não usar a arte médica para causar males, injustiças ou para prejudicar; aplicar os tratamentos exigidos para aliviar o doente, melhorar o seu bem-estar e, se possível, fazê-lo recobrar saúde (Durand, 2003).

Esta necessidade de substituir o doente nas suas tomadas de decisão quando ele se encontra temporariamente incapacitado conduz a que os profissionais de saúde, muitas vezes escudados nesta filosofia cuidativa, se esqueçam que em muitos momentos os doentes apresentam intacta a sua capacidade de decidir sobre o que consideram ser o melhor para eles. Este esquecimento é representado pelo paternalismo, o qual leva os profissionais de saúde a decidir o que consideram ser o melhor para os doentes, sem no entanto terem em conta a sua decisão.

Jonsen (1999) salienta que o paternalismo se refere à prática de dominar ou ignorar as preferências do doente, com a intenção de os beneficiar, ou aumentar o seu bem-estar. Este autor refere que na sua essência, o paternalismo consiste em julgar que a beneficência é prioritária em relação à autonomia.

O princípio da autonomia tem provocado algumas alterações na relação entre os profissionais de saúde e os doentes, tendo esta relação passado de uma relação sujeito/objecto, na qual o doente era o objecto e o profissional o sujeito, para uma relação sujeito/sujeito, na qual é passível de se verificar uma troca mútua e um respeito pelo outro, na sua qualidade de doente e cidadão (Oguisso e Zoboli, 2006).

No entanto, para que exista autonomia é obrigatório que exista liberdade para poder decidir, ou seja liberdade de escolha, e esta liberdade de escolha pressupõe a existência de várias alternativas possíveis; competência para decidir, ou seja que seja reconhecido ao indivíduo autonomia e esclarecimento para decidir. Estes pressupostos levam-nos a um outro aspecto fundamental em bioética que é o consentimento informado.

Falar de autonomia implica um olhar global sobre o outro tendo em conta uma imensidão de dimensões, nomeadamente, a saúde física, psicológica e social, a educação, a religião, o estatuto sócio-económico, etc. Durand (1999, p.178) citando o filósofo Gilbert Hottois (1998) salienta que *o respeito pela autonomia de uma pessoa exige que ela seja ajudada a sempre promover em si e em outrem essa autonomia, por mais precária e mutável que seja. É uma questão de razão (Kantiana), mas também de amor: pois o que é o amor senão a disposição a auxiliar o desenvolvimento do outro, o advento, portanto, da sua autonomia? Essa atitude de respeito benevolente em relação à alteridade e à diversidade pode ser estendida também para além do mundo das pessoas.*

3.2.3. CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

A evolução tecnológica e científica que se tem verificado na área da saúde, conduziu à emergência de um novo modelo de prestação de cuidados, no qual se considera importante a construção de uma nova forma de olhar a pessoa e os cuidados de saúde, baseando-se essa prestação de cuidados no respeito pela autonomia e auto-determinação do utente. Esta mudança de paradigma na qual se fundamenta a relação dos profissionais de saúde com os utentes traduz-se no facto de sermos capazes de reconhecer no utente capacidade de pensar, decidir e agir, de forma consciente, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos.

Serrão (1996) afirma que esta mudança de paradigma se caracterizou pela alteração da imagem do médico, que passou de sacerdote, pai ou protector, para a de um profissional, tecnicamente habilitado, e da imagem do doente, como sujeito passivo, para a de uma pessoa autónoma e livre.

Deste modo, concluímos que para que o doente possa exercer a sua capacidade de auto-determinação é necessário que se verifiquem algumas premissas de extrema importância. Essas premissas são a liberdade de escolha, fundamentada na existência de várias possibilidades de escolha, pois a existência de apenas uma alternativa de acção limita a nossa capacidade de escolha e, como tal, a nossa capacidade autónoma de decidir, de entre um leque de opções, aquela que julgamos ser melhor para nós.

Outra premissa importante é a competência para decidir. Para que o doente possa decidir, é necessário que essa capacidade lhe seja reconhecida, o que significa dizer que o doente não se encontra com a sua autonomia reduzida. A redução ou inibição da autonomia resulta de várias alterações verificadas, de forma temporária ou permanente, na nossa vida, nomeadamente doença, alcoolismo, dores intensas, durante

o sono, etc. Deste modo, é importante que os profissionais de saúde tenham presentes estas situações para que possam actuar de forma a devolver, o mais rapidamente possível, a autonomia aos doentes.

Por fim, encontramos a necessidade de o doente se encontrar esclarecido, para que possa exercer o seu direito decisório. Significa este critério que é um papel primordial do profissional de saúde a correcta explicitação ao doente, de todas as medidas terapêuticas previstas e possíveis de lhe serem aplicadas. Só o correcto esclarecimento do doente lhe dá a capacidade de decidir de forma responsável e livre sobre o caminho que quer seguir. Nunca esquecendo que quanto mais completa for a informação, melhores condições o doente terá para decidir de forma autónoma.

Fortes (1998, p.51) salienta que *o consentimento deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável. Deve ser dado livremente, conscientemente. Não pode ser obtido mediante práticas de coacção física, psíquica ou moral, ou por meio de simulação ou práticas enganosas, ou quaisquer outras formas de manipulação impeditivas da livre manifestação da vontade pessoal.*

Assim, e de forma a enfatizar a importância do consentimento informado, Jonsen e colaboradores (1999) salientam que este é definido como a livre aceitação da intervenção médica por parte do doente, após adequada exposição pelo médico da natureza da intervenção, seus riscos e benefícios, assim como das alternativas, com seus riscos e benefícios.

É importante salientar que esta noção de consentimento informado é bastante recente, tendo sido deliberado num tribunal dos Estados Unidos, o seguinte:

“...todos os seres humanos maiores de idade e com saúde mental (competentes) têm direito a determinar o que deverá ser feito com o próprio corpo; e um cirurgião que realize uma operação, sem o consentimento do doente, comete uma violação, estando por isso sujeito

à exigência de responsabilidade” Olmstead versus United States (1928), (Cauchi, 1998; citado por Antunes, 1998).

Parafraseando Moreno (2004) a noção de consentimento informado surgiu em 1947, como oposição às experiências realizadas durante a II Grande Guerra Mundial nos campos de concentração detentores de prisioneiros judeus. O primeiro acordo criado com o intuito de defesa destes indivíduos foi o código de Nuremberga, caracterizando o consentimento informado, como um indispensável consentimento voluntário do Ser Humano.

Ainda neste sentido, e segundo Antunes (1998) citando Freitas (1992), quer a Declaração de Genebra, quer mais tarde o Código de Nuremberga e a Declaração de Helsínquia vêm enfatizar esta necessidade do consentimento voluntário para a prática de investigação médica em seres humanos, salientando duas características essenciais ao exercício da medicina: a) a elevada responsabilidade face às necessidades e desejos do doente, e b) a exigência de um equilíbrio entre os direitos do doente, como indivíduo autónomo, e os interesses da sociedade, como referencial colectivo.

Relativamente à discussão sobre que tipo de informação deve o profissional de saúde disponibilizar ao doente, Jonsen e colaboradores (1999) salientam que existe um amplo consenso sobre o facto de ser disponibilizada ao doente informação sobre a sua situação clínica actual, incluindo a evolução provável se nenhum tratamento for aplicado; as intervenções que podem melhorar o prognóstico, incluindo a descrição dos riscos e benefícios da tais procedimentos, assim como uma estimativa das probabilidades e incertezas associadas a tais intervenções; uma opinião profissional quanto às alternativas que se abrem ao doente; e, um conselho baseado no melhor juízo clínico.

Só baseado nestas informações podemos garantir que o doente tem ao seu dispor toda a informação necessária, para efectuar uma tomada de decisão autónoma e responsável.

Deste ponto de vista, o utente deve ser considerado como uma pessoa autónoma, livre e responsável, capaz de decidir, após a informação, necessária à sua total compreensão, lhe ser fornecida. De acordo com esta premissa, Robrigues (2006, p.45) invoca o direito do utente a *ser informado sobre tudo o que se vai realizar na sua pessoa, para que possa tomar decisões, de acordo com os seus valores e princípios.*

Também Jonsen e colaboradores (1999) salientam que o consentimento informado é o veículo usual para a expressão das preferências do doente, sendo a aplicação prática do respeito pela sua autonomia.

Moreno (2004), salienta ainda que a própria designação “consentimento Informado” é incompleta pois carece de referência a um aspecto decisivo: o esclarecimento das condições, objectivos e consequências da experiência em causa. Daí que na definição se deva incluir que se trata de um consentimento pessoal, livre e esclarecido.

Assim, e para garantir ao utente a liberdade de consentir, é preciso que os profissionais de saúde respeitem a sua autonomia e não a desrespeitem em nome do bem deste ou de normas e rotinas institucionais. Oguisso e Zoboli (2006) salientam que respeitar uma pessoa como sujeito autónomo implica, no mínimo, acatar o seu direito de ter opiniões próprias, de fazer as suas escolhas e agir de acordo com os seus valores, princípios e crenças. Pelo que atrás ficou exposto, consideramos como fundamental que o consentimento deva ser livre, voluntário, consciente, não sendo resultado de coacção ou manipulação.

Antunes (1998) defende que a doutrina do consentimento informado é bastante recente, tendo aparecido há cerca de setenta anos, quando um tribunal americano deliberou “... todos os seres humanos maiores de idade e com saúde mental têm o direito a determinar o que deverá ser feito com o próprio corpo; e um cirurgião que realize uma operação, sem o consentimento do doente, comete uma violação, estando por isso sujeito à exigência de responsabilidade”.

Contudo, para que o consentimento seja esclarecido, é necessário que o utente tenha acesso a informação adequada e que esta seja clara e acessível e facilmente assimilada por este. Desta forma e de acordo com Moreno (2004) o consentimento é fiável quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas lhe poderão causar grave dano à saúde, física ou psíquica.

Importa salientar que o consentimento dado em determinada situação pode ser alterado ou revogado posteriormente, por decisão livre e esclarecida, sempre que o utente evidencie essa vontade. Este direito do utente não pode nunca causar-lhe qualquer dano ou sanções, morais ou administrativas. Para além destes aspectos, Fortes (1998) refere ainda que o consentimento deve ser renovado sempre que ocorram modificações significativas no panorama do caso, que se diferenciem do momento e das circunstâncias nas quais foi obtido o consentimento inicial.

Ainda neste sentido, Germano e colaboradores (2003) salientam que, por princípio, a pessoa adulta, maior de dezoito anos, deverá ser considerada competente, de acordo com a legislação em vigor. No entanto, a competência poderá variar com a decisão a ser tomada, implicando, muitas vezes, a necessidade de determinar o nível de competência dos utentes para consentir ou recusar determinado tratamento, com o objectivo de os proteger de eventuais decisões que possam tomar e que não sejam do seu melhor interesse. O julgamento

sobre a competência de uma pessoa, permitirá distinguir aquelas cuja decisão deverá ser respeitada das que necessitarão de ser substituídas na sua decisão, por um representante legal.

Antunes (1998), citando Beauchamp e Childress (1994), refere que o consentimento informado é constituído por cinco elementos distintos:

1. Competência
2. Comunicação
3. Compreensão
4. Voluntariedade
5. Consentimento

Ou seja, um indivíduo dá um consentimento informado se for competente para agir, se receber a informação completa, se compreender essa mesma informação, se decidir voluntariamente e, finalmente, se consentir na intervenção.

Deste modo, o mesmo autor aborda cada um dos elementos, salientando que a **competência** para decidir está relacionada com a decisão a ser tomada e que uma pessoa raramente poderá ser julgada incompetente relativamente a todas as decisões. Salienta ainda que quando a incompetência é devida a uma causa reversível, como dor, sofrimento ou efeito de medicação, o objectivo primordial deve ser o de restituir ao doente a capacidade necessária à tomada de decisão.

No que concerne à **voluntariedade**, o autor salienta que a expressão da vontade individual prende-se com o conceito de liberdade de decisão. Ou seja, a pessoa deve estar livre de qualquer influência exterior, nomeadamente de forças manipulativas ou coercivas, tendo em conta que este tipo de influência na vontade do utente, é considerado violador do direito à sua autodeterminação, visto este não agir segundo a sua vontade mas influenciado por factores que lhe são estranhos.

Quanto à **comunicação da informação, recomendação e compreensão**, o autor salienta que no âmbito do consentimento informado, uma decisão deve ser respeitada se e só se: a) o sujeito tiver a capacidade para compreender a informação material; b) for capaz de

fazer julgamento sobre essa informação – à luz do seu sistema de valores; c) elaborar mentalmente uma resposta; d) comunicar livremente o seu desejo ao profissional de saúde ou à equipa de investigação.

O autor salienta ainda que o consentimento informado não pode ser obtido através da omissão de informação, mas sim informando o utente através de uma linguagem acessível, que lhe seja familiar, não utilizando terminologia demasiado técnica e explicando os riscos mais prováveis de ocorrência de complicações.

Relativamente à **decisão e autorização**, Antunes (1998) salienta que a obtenção do consentimento informado não é obrigatória em toda e qualquer circunstância, mas sim quando a intervenção incorrer em risco superior ao mínimo, entendendo-se por risco mínimo o de uma intervenção médica ou psicológica de rotina. Consideram-se tacitamente autorizadas, na relação clínica, as intervenções comuns, sem risco apreciável. O consentimento está verdadeiramente subjacente à prática clínica, sendo este designado por consentimento implícito.

No que concerne ao consentimento nas situações de urgência, Fortes (1998) salienta que quando o doente se encontra impossibilitado de dar o seu consentimento e em situação de urgência, a acção do profissional fundamenta-se no princípio da beneficência, assumindo este o papel de protector natural do doente, por meio de acções positivas a favor da vida e da saúde. Assim, em situações de emergência aceita-se a noção de existência de consentimento presumido ou implícito, pelo qual se supõe que a pessoa, se estivesse na posse da sua real autonomia e capacidade, se manifestaria favorável às tentativas, causas e/ou consequências das suas condições de saúde.

De salientar que as qualidades humanas dos profissionais de saúde, como a sensibilidade, são imprescindíveis para criar um clima acolhedor – de segurança e tranquilidade – tão importante para a criação de uma relação de confiança.

3.3. RELAÇÃO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM - DOENTE EM FASE TERMINAL

Desde o início da sua formação que os enfermeiros se confrontam com o ser humano em fim de vida, facto que lhes tem proporcionado desde sempre o contacto com a morte e com o processo de morrer. No entanto, e apesar desta realidade, a vivência da morte de alguém é sempre um momento penoso para qualquer profissional de saúde.

Takahashi e colaboradores (2008) salientam que a equipa de enfermagem, pela sua exposição, está mais susceptível e sob um maior nível de stresse, do que qualquer outro profissional, ao nível hospitalar, podendo por isso, apresentar dificuldades em superar ou resolver as suas próprias emoções e conflitos, facto que interfere directamente nos cuidados ao doente em fase terminal e família. Os mesmos autores defendem que, pela importância destes aspectos, os docentes de enfermagem devem orientar os estudantes em relação à morte, que deve ser entendida como parte integrante da vida, pelo que é importante conhecer o perfil dos estudantes, os seus sentimentos e percepção, em relação ao tema.

Também Bernieri e Hirdes (2007) defendem que as escolas de enfermagem devem preparar os enfermeiros para que, além de serem tecnicamente competentes, sejam capazes de lidar com os seus próprios sentimentos e usá-los de modo a melhor humanizar os cuidados que prestam, dando suporte emocional, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passando a ver o doente terminal como pessoa e sujeito autónomo, com direito a uma morte digna.

A maioria dos estudantes de enfermagem bem como um grande número de enfermeiros referem que lidar com a morte no dia-a-dia é extremamente angustiante e desgastante, fazendo surgir sentimentos como impotência, frustração e insegurança diante do sofrimento do doente e do insucesso das actividades profissionais (Sadala & Silva, 2009).

Também Takahashi e colaboradores (2008) efectuaram um estudo onde pretenderam observar os sentimentos dos estudantes de enfermagem face à morte e concluíram que a reacção manifestada no primeiro momento em contacto com a morte de alguém foi de pânico/desespero e insegurança. O sentimento manifestado ao prestar cuidados a um doente em fase terminal foi de ansiedade. Os mesmos autores salientam ainda que, por não estarem preparados para lidar com a morte, os estudantes de enfermagem enfatizam os procedimentos técnicos, deixando uma lacuna no tocante aos aspectos emocionais.

Apesar destas dificuldades sentidas pelos estudantes de enfermagem, representam um papel muito importante para os doentes em meio hospitalar, pela maior proximidade com o doente e família. Neste sentido, Morrison (2001) apresenta o resultado de um estudo onde os estagiários foram destacados com um elogio especial, nomeadamente pela sua atitude solícita e disponibilidade constante, factos que foram considerados muito importantes pelos doentes. Este estudo refere ainda que *os estudantes passavam mais tempo com os doentes e conheciam-nos melhor que o pessoal qualificado; eram muito atentos. Alguns dos alunos mais experientes estavam muito habituados a falar com os doentes e eram muito bons a fazê-lo. Tinham tempo para falar com eles e partilhavam “um pouco das suas vidas”: não se limitavam a colher informação dos doentes sem nada em troca* (Morrison; 2001, p.106).

Estes pressupostos colocam a tónica na educação dos estudantes, sendo que esta não pode ser meramente a aquisição do conhecimento, recolha e correlação de factos, mas um processo que engloba a significância da vida como um todo, descobrindo valores duradouros, compreendendo-nos a nós próprios e criando seres humanos que estão integrados e portanto inteligentes (Bevis & Watson, 2005).

É importante enfatizar a necessidade de não considerar a pessoa simplesmente como um organismo biológico, um amontoado de carne e

de ossos, apesar de reconhecermos que é uma árdua tarefa. Uma visão holística e multidisciplinar é imperiosa. Ser gente é ter um corpo, é possuir um psiquismo e um coração, é poder relacionar-se com os outros e cultivar uma esperança e uma fé. O ser humano é um todo, um nó de relações. É zelando e promovendo esta unidade nos seus distintos aspectos que estaremos a proporcionar uma abordagem profissional humanizada, profundamente solidária, geradora de vida e saúde (Vidal, 2007).

“A ética está mais próxima da sabedoria do que da razão, mais próxima de que coisa deve ser o bem do que da formulação de princípios correctos”.

Francisco J. Varela (s.a.)

CAPÍTULO 4. PRINCÍPIOS ÉTICOS FUNDAMENTAIS

Apesar de ser vasta a literatura relacionada com os princípios éticos existentes, e tal como foi referido anteriormente, vamos focar-nos nos princípios fundamentais defendidos por Beauchamp e Childress. Estes autores tiveram como principal objectivo que estes princípios constituíssem um pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde, visando a orientação da actuação dos profissionais de saúde (Antunes, 1998).

4.1. PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

No que se refere ao princípio da autonomia, Queirós (2001) salienta que este princípio diz respeito à condição de quem é autor da sua própria lei; implica a ausência de limitações e incapacidades pessoais que impeçam ou diminuam a liberdade de decisão.

O princípio da autonomia é, assim, o princípio ético que defende o exercício da escolha pessoal. Emana da noção de respeito pelas pessoas. Por sua vez o respeito pelas pessoas nasce do valor incondicional colocado nessas mesmas pessoas, porque elas têm a capacidade de agir moralmente e de fazerem escolhas racionais (Sorensen & Luckmann, 1994).

Quando nos reportamos para a assistência em saúde, Fortes (1998) salienta que este princípio requer que o indivíduo, quer esteja saudável ou doente, não se entregue completamente aos profissionais de saúde, não renuncie a uma parcela sempre maior da sua liberdade em troca de uma parcela menor da sua saúde.

Ainda no que concerne ao princípio da autonomia, e na opinião de Queirós (2001, p.57), *este princípio prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres. Na prática implica promover quanto possível comportamentos autónomos por parte dos doentes, informando-os convenientemente, assegurando a correcta compreensão da informação ministrada e livre decisão.*

Apesar da defesa constante da autonomia do doente, ainda se verifica por partes de alguns profissionais de saúde uma atitude paternalista, na qual o profissional de saúde assume um papel preponderante nas decisões relativas à vida do doente. Contudo, e como podemos observar através da filosofia defendida pelo princípio da autonomia, a atitude paternalista defendida pelos profissionais de saúde esbarra hoje na necessidade de envolvimento do doente em todo o processo de tomada de decisão, considerando-o como parte integrante desse processo. No entanto, esta mudança de paradigma não exclui a continuação de uma atitude benéfica por parte dos enfermeiros, fundamentada em valores, tais como, a compaixão (o cuidado de enfermagem é um acto de partilha cuja aprendizagem ocorre nos contextos de trabalho); competência (a capacidade de deter os conhecimentos e habilidades necessários e adequados às exigências do exercício profissional); confiança (como a qualidade que promove a segurança e confiança nas relações entre as pessoas); consciência (uma capacidade inata na pessoa humana que a concilia com o aspecto moral do cuidado); e, compromisso (resposta afectiva complexa que envolve a convergência entre os desejos e as obrigações, em síntese, o acompanhamento responsável e sustentado da pessoa cuidada (Costa, 2004).

Em termos de síntese do princípio da autonomia, abordamos o que nos diz Antunes (1998, p.15), o qual salienta que a *autonomia é o exercício da liberdade da pessoa enquanto agente social*. Assim, as decisões individuais, porque são autónomas, tornam-se num bem

essencial, desde que não venham ferir o valor dignidade humana e a sua expressão básica – a vida e o respeito que lhe é devido. A mesma autora refere também que na prática clínica, a adopção deste princípio implica que os profissionais de saúde passem a ter em linha de conta a vontade dos doentes, nomeadamente no que respeita à abstenção ou suspensão de meios desproporcionados de tratamento.

4.2. PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

O princípio da beneficência visa essencialmente a obrigatoriedade, por parte dos profissionais de saúde, de promover positivamente o bem e evitar ou remover o mal. Neste sentido, Queirós (2001) salienta que pertence a este princípio a ponderação dos bens e males (benefícios e danos), o que alguns denominam “princípio de utilidade” ou de “proporcionalidade”.

Para Durand (2003, p.163) este princípio *evoca um vasto leque de acções que vão do negativo ao positivo, do minimum exigido ao optimum buscado, da acção externa à convicção interior (intenção, atitude), incluindo aspectos como:*

- *Não matar, não ferir, etc.*
- *Não prejudicar, não fazer mal.*
- *Prevenir, afastar o mal.*
- *Maximizar as vantagens e diminuir os riscos ou inconvenientes.*
- *Agir segundo o melhor interesse do outro.*
- *Diminuir o sofrimento.*
- *Promover o bem-estar, a qualidade de vida.*
- *Preocupar-se com o outro, acompanhá-lo, preocupar-se positivamente com o seu bem.*
- *Eventualmente, dedicar-se ao ponto de aceitar alguns inconvenientes para si.*

Por sua vez Antunes (1998) refere que numa perspectiva actual, a aplicação deste princípio implica respeitar a vontade do doente na óptica do seu melhor interesse e, preferencialmente, sem o prejudicar.

Este princípio vem, de alguma forma, fundamentar a noção de paternalismo, na qual o profissional de saúde deve comportar-se tal como o nome indica, como um pai para um filho, tendo o dever e a obrigação de o proteger fazendo-lhe o bem, estabelecendo regras de comportamento e prescrevendo o tratamento apropriado. No entanto, esta noção de paternalismo está hoje em dia completamente ultrapassada, tendo sido observados inúmeros problemas decorrentes do conflito de valores dos intervenientes no processo.

Importa, assim, realçar que o princípio da beneficência, apesar de fundamentar a noção de paternalismo, não se confunde com este, uma vez que o profissional de saúde recorre à sua utilização, em situações em que o doente se encontra com autonomia reduzida. Fortes (1998) defende que existem pessoas que de forma transitória ou permanente, têm a sua autonomia reduzida, como as crianças, os deficientes mentais, as pessoas em estado de agudização de transtornos mentais, indivíduos sob intoxicação exógena, sob efeitos de drogas ou álcool, pessoas em coma, etc.

O mesmo autor defende ainda que quando a autonomia de um ser humano se encontra reduzida, por causas permanentes ou transitórias, os princípios éticos da beneficência e não-maleficência devem ter prioridade. Assim, nas situações de autonomia reduzida cabe a terceiros, familiares, ou mesmo profissionais de saúde, decidirem pela pessoa não autónoma (Fortes; 1998, p.44).

Esta atitude dos profissionais de saúde tem como principal objectivo defender a pessoa não autónoma de se prejudicar a si própria ou a outrem, tomando decisões prejudiciais, tendo em conta que problemas emocionais ou mesmo físicos, podem comprometer a apreciação e a racionalidade das decisões, reduzindo a autonomia do

doente e dificultando a sua compreensão, poder de decisão e de escolha racional.

4.2.1. PATERNALISMO

Convém salientar aqui a noção de paternalismo, como forma de clarificar o que anteriormente foi esposto. Assim, e no entender de Fortes (1998) paternalismo é a interferência com a liberdade de um indivíduo eticamente capacitado para a tomada de decisões, mediante uma acção benéfica justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar e às necessidades da pessoa que está sendo coagida, e não por interesses de terceiros, do próprio profissional de saúde ou mesmo interesses da sociedade.

4.3. PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA

Este princípio está relacionado com o princípio da beneficência, nomeadamente porque defende que não se deve praticar o mal de forma intencional ou negligente, estando por isso muito relacionado com a valorização do bem e a abolição do mal.

Neste sentido, Queirós (2001) sublinha que este princípio se refere a males não morais e sobretudo a males corporais: dores, doenças, morte, etc.; estando assim, ligado com o chamado princípio do duplo efeito, segundo o qual em determinadas e bem conhecidas circunstâncias, é legítimo realizar acções das quais resulta um efeito bom (pretendido) e outro mau (tolerado).

Também Fortes (1998) salienta que a não-maleficência significa não causar dano, prevenir o mal. Defende que o princípio da beneficência e da não maleficência são justificados, em determinadas ocasiões, por preservarem a pessoa de causar um dano a si mesma, e assim poder ser restaurada a sua autonomia.

A literatura demonstra alguma interligação entre o princípio da beneficência e da não-maleficência, facto que é demonstrado por Sgreccia (2009) ao afirmar que o princípio da beneficência deve ser colocado no vértice, como referência última, e responderá ao fim primário da medicina, numa visão naturalista, que é o de promover o bem, perante o doente ou a sociedade, e de evitar o mal. Trata-se tão-somente do hipocrático *primum non nocere*, que é chamado também princípio da não-maleficência, porquanto não comporta apenas abstenção de provocar dano, mas implica sobretudo o imperativo de fazer activamente o bem e mesmo de prevenir o mal.

4.4. PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

Quanto ao princípio da justiça, há a salientar a exigência de uma justa distribuição dos recursos existentes na sociedade. Ora esta “justa distribuição de recursos”, ao relacionar-se com a prática de cuidados de saúde, esbarra na afectação dos recursos, nomeadamente nas políticas de saúde que apontam para a contenção de custos, numa sociedade cada vez mais envelhecida, e, como tal, grande consumidora desses mesmos cuidados (Antunes, 1998).

Este é um dos problemas mais actuais da bioética, sendo que esta contenção de custos conduzirá à racionalização dos cuidados de saúde nos sistemas publicos.

Por sua vez, Moreno (2005) refere que o princípio da justiça defende a indiscriminação na assistência médica, o que implica a abertura dos cuidados de saúde a todos os tipos de doentes, sem discriminação de carácter social, rância, etária ou de periculosidade, isto é, doentes portadores de doenças contagiosas ou em situação grave. No entanto, o mesmo autor defende que este princípio encontra situações complexas, como o caso, por exemplo, de num serviço existir apenas um aparelho necessário ao tratamento de dois doentes.

O princípio da justiça defende, assim, a igualdade de tratamento e de oportunidades. Neste sentido, Sgreccia (2009) sublinha que este

princípio se refere à obrigação de igualdade de tratamentos e, relativamente ao estado, de distribuição equitativa dos fundos para a saúde, a investigação, etc. O mesmo autor defende ainda que este princípio, apesar de não implicar tratar todos da mesma forma, porque são diferentes as situações clínicas e sociais, deverá implicar, no mínimo, a adesão a alguns dados objectivos, tais como, o valor da vida e o respeito por uma proporcionalidade das intervenções.

4.5. PRINCÍPIO DA VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivando de *vulnus (eris)*, que significa “ferida”. Assim sendo, a vulnerabilidade é irreduzivelmente definida como susceptibilidade de se ser ferido. Esta significação etimológico-conceptual, originária e radical, mantém-se necessariamente em todas as evocações do termo, tanto na linguagem corrente como em domínios especializados, não obstante o mesmo poder assumir diferentes especificações de acordo com os contextos em que é enunciado e com a própria evolução da reflexão e da prática bioéticas (Neves, 2006).

Neste sentido, Roselló (2009) salienta que a experiência da vulnerabilidade está intimamente arraigada na humanidade. O ser humano é um ser vulnerável. Vulnerabilidade significa fragilidade, precaridade. O ser humano está exposto a inúmeros perigos: o perigo de adoecer, o perigo de ser agredido, o perigo de fracassar, o perigo de morrer. Viver humanamente significa, pois, viver na vulnerabilidade.

Tendo em conta a importância de que se reveste o facto de, em determinados momentos da vida, o ser humano se encontrar fragilizado e, como tal, mais susceptível à intervenção humana, sentiu-se a necessidade de fazer emergir um princípio que viesse responder em defesa do homem, nesses momentos de maior fragilidade.

Assim, o Princípio ético da vulnerabilidade surge na sequência dos 4 princípios éticos defendidos por Beauchamp e Childress e defende que

os seres humanos, em situação, não são iguais na sua capacidade para suportar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos, pelo que é eticamente aceitável uma discriminação positiva em favor dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis (Serrão, s.a.).

Um dos principais aspectos em que se verifica a necessidade de criar mecanismos que viessem salvaguardar os mais vulneráveis é a investigação, nomeadamente a experimentação em seres humanos.

Até 1933 são inúmeros os relatos que apontam para as atrocidades causadas aos mais vulneráveis, nomeadamente a inoculação de *gonococcus* na uretra de mulheres saudáveis e inoculação de *gonococcus* e *micobacterium tuberculosis* nos olhos dos recém-nascidos para verificar a evolução destas doenças (Caplan, 1992).

Após a II Grande Guerra Mundial, foram as atrocidades cometidas em nome da “ciência”, nos campos de concentração nazi, e que se basearam em experimentações imorais sobre prisioneiros de guerra a fim de verificarem, entre outros, os limites da resistência humana, assim como as reacções às doenças e às drogas não aprovadas, que deram origem a um movimento de defesa pelos mais indefesos e que culminou na criação do Código de Nuremberga, em 1947, o qual vem regulamentar a experimentação em seres humanos, respeitando a sua dignidade (Fortin, 1999).

Contudo a experimentação continuou a violar os princípios éticos já definidos sendo frequentemente citados os casos da inoculação cirúrgica de tecido de neoplasia da mama em mulheres sadias, em 1963 no Jewish Chronic Disease Hospital, em Brooklyn, ou o estudo da sífilis de Tuskegee de Alabama, que se iniciou em 1932 e só terminou por ordem judicial em 1972. Neste estudo, quatrocentos homens negros com sífilis foram deixados sem tratamento para estudar a história natural da doença. Os participantes pensavam que estavam a receber tratamento do serviço de saúde pública, e, quando em 1940 a penicilina começou a ser usada com eficácia no tratamento da sífilis, os indivíduos do estudo continuaram a não receber tratamento. Estes homens foram insentados do serviço militar obrigatório para que não se

corresse o risco de receberem tratamento dado por outros médicos ao serviço do exército (Lima, 2005).

Tendo em conta estes atropelos, que demonstram quão grave é o desrespeito pela vida humana, surge o *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, finalizado em 1978. Este documento classifica como vulneráveis determinadas pessoas e populações, impondo a obrigatoriedade ética da sua defesa e protecção, para que não sejam “feridas”, maltratadas, abusadas, imperativo este que é enunciado na secção sobre a “Seleção de sujeitos”. Este documento defende ainda que a protecção dos vulneráveis deverá ser assegurada pelo cumprimento dos seus três “princípios éticos básicos”: o respeito pelas pessoas, baseado no respeito pela sua autonomia, ou pela protecção daqueles que apresentam autonomia reduzida; a beneficência, baseado na necessidade de fazer o bem, maximizando os benefícios e minimizando os riscos; e, a justiça, tendo por base a equidade na distribuição dos recursos (Neves, 2006).

Este relatório visa balizar essencialmente o problema da experimentação humana, defendendo e protegendo os direitos dos cidadãos, em especial através do consentimento informado, dando assim resposta ao princípio da autonomia humana, que se baseia na autodeterminação e livre arbítrio de cada um.

O Princípio da vulnerabilidade surge assim, como forma de garantir a protecção dos mais frágeis face aos abusos e atropelos muitas vezes verificados, nomeadamente na área da saúde e da investigação em saúde. Verificámos, através da literatura consultada, que existem diversos grupos apontados como mais vulneráveis e trabalhados comumente de forma individual. No entanto na maioria dos casos estes grupos são constituídos por uma mistura de várias situações, como por exemplo, imigrantes ilegais com problemas mentais ou idosos sem abrigo, etc. São um conjunto de cenários complexos que

necessitam, por parte dos profissionais de saúde, de um conjunto de competências, tais como, sensibilidade, tacto, consideração, humanidade e respeito pelos direitos dos cidadãos (Hawley, 2007).

A mesma autora salienta que existem dois conceitos éticos muito usados pelos profissionais de saúde no cuidado aos doentes vulneráveis, sendo eles a autonomia e o paternalismo. Salientando que a autonomia visa o esforço dos profissionais de saúde em garantirem o respeito pela capacidade de decisão das pessoas, fornecendo-lhe a informação necessária para que este possa decidir de forma livre e esclarecida. Relativamente ao paternalismo, a autora salienta que nesta situação os profissionais de saúde tomam decisões pelos utentes sem lhe pedirem a sua opinião, fazendo o que eles acham que será o melhor para eles.

São frequentes as situações nas quais verificamos que existem atropelos no que concerne ao respeito pela autonomia dos doentes, nomeadamente naqueles que se incluem nos grupos mais vulneráveis. Acreditamos, contudo, que tal como o consentimento informado passou a ser prática corrente nas instituições de saúde, também o respeito pelos direitos dos mais vulneráveis, fundamentado pelo princípio da vulnerabilidade, passará a curto prazo por imperar nas acções diárias dos profissionais de saúde.

PARTE II. INVESTIGAÇÃO



As rotinas do trabalho ocultam a nossa verdade. Mas elas não podem impedir nem que a tarde chegue. Se prestarmos atenção e ouvirmos o que nos dizem, ficaremos sábios. Porque sabedoria é isto: contemplar o abismo, sem ser destruído por ele.

(Alves, 1992)

CAPÍTULO 1. FASES DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

Nesta parte do estudo apresentamos as fases pelas quais passámos, ao longo do processo de investigação. Neste sentido, Fortin (1999) refere que o processo de investigação comporta três fases principais: 1) a fase conceptual, na qual se escolhe e formula o problema de investigação, se revê a literatura pertinente, se elabora o quadro de referência e se traçam os objectivos, as questões de investigação e/ou as hipóteses; 2) a fase metodológica; nesta fase escolhe-se o desenho de investigação, define-se a população e amostra, definem-se as variáveis e escolhem-se os métodos de colheita e de análise dos dados; 3) por último temos a fase empírica, na qual se colhem e analisam os dados, se interpretam e comunicam os resultados.

1.1. FASE CONCEPTUAL

Fortin (1999) salienta que a fase conceptual corresponde a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar de forma precisa, baseando-se em observações, literatura, experiência profissional ou leitura de trabalhos anteriores. Estas actividades conduzem, no entender da autora, ao enunciado do objectivo, das questões de investigação ou das hipóteses.

Deste modo, neste capítulo são apresentados todos os procedimentos por nós seleccionados como forma de dar resposta ao estudo a que nos propoemos, nomeadamente, as questões de

investigação, os objectivos, a descrição das variáveis e por fim a definição das hipóteses.

1.1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tal como nos refere Quivy e Campenhoudt (1998), todos os trabalhos de investigação se iniciam com uma pergunta de partida. Com este estudo pretendemos dar resposta às seguintes questões:

- ❖ Será que as atitudes desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem, perante um doente em fase paliativa, são mais éticas do que as dos enfermeiros?
- ❖ Será que o tempo de exercício profissional influencia as atitudes éticas dos enfermeiros para com os doentes em fase paliativa?
- ❖ Será que uma maior idade dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros melhora a sua relação ética com os doentes em fase paliativa?
- ❖ Será que estão a ser transmitidos aos estudantes de enfermagem da ESSEM os conhecimentos necessários para as boas práticas éticas, na relação com o doente em fase paliativa?

1.1.2. OBJECTIVOS

Este estudo tem como finalidade compreender as atitudes éticas dos estudantes do 4º ano de enfermagem e dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes em fase paliativa.

Também pretendemos avaliar as competências éticas dos estudantes de enfermagem, servindo esta avaliação como forma indirecta de avaliar se os conhecimentos ministrados durante o curso de enfermagem conduzem a um comportamento ético, por parte do aluno.

Fortin (1999) salienta que o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.

Deste modo, e partindo das questões de investigação anteriormente formuladas, traçámos os seguintes objectivos:

- ❖ Analisar as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem, da ESSEM, na sua relação com o doente em fase paliativa;
- ❖ Analisar as atitudes éticas dos enfermeiros, na sua relação com os doentes em fase paliativa;
- ❖ Verificar se as atitudes dos estudantes de enfermagem são mais éticas do que as atitudes dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa;
- ❖ Avaliar se o tempo de exercício profissional influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa;
- ❖ Averiguar se o aumento de idade dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros influencia as suas atitudes éticas no cuidar do doente em fase paliativa;
- ❖ Perceber se estão a ser transmitidos aos estudantes de enfermagem da ESSEM os conhecimentos necessários para as boas práticas éticas, na relação com o doente em fase paliativa.

1.1.3. HIPÓTESES

Hipóteses, para Fortin (1999), são afirmações, ainda que não verificadas, que relacionam duas ou mais variáveis de uma maneira explícita.

Considerando que pretendemos analisar o comportamento ético dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa, traçámos as seguintes hipóteses:

1. Os estudantes de enfermagem apresentam atitudes éticas mais adequadas no cuidar do doente em fase paliativa, quando comparados com os enfermeiros;
2. A idade influencia as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem, no cuidar do doente em fase paliativa;
3. A idade influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa;
4. O tempo de exercício profissional influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa.

1.2. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica é essencial para o processo de investigação pois permite-nos, antes do início da investigação empírica, avaliar as várias opções estratégicas de estudo disponíveis e identificar as suas vantagens, desvantagens e limitações.

Segundo Fortin (1999) a metodologia em pesquisas de investigação é formada por um conjunto de métodos e técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científico. Assim, nesta fase, o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter as respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas, tendo em conta os objectivos traçados.

Também Polit e colaboradores (2004) definem os métodos em investigação como sendo as técnicas usadas pelos investigadores para estruturar um estudo e para reunir e analisar informações relevantes à questão da investigação.

Neste capítulo iremos, então, abordar e clarificar todos os procedimentos por nós seleccionados como forma de dar resposta ao estudo a que nos propoemos, nomeadamente, o tipo de estudo, a descrição das variáveis, as características da população/amostra, as hipóteses e por fim o planeamento de recolha de dados.

1.2.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é, em nosso entender, um estudo descritivo-correlacional e transversal, no qual se vai utilizar uma abordagem quantitativa. Parafraseando Fortin (1999, p.174) *no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.*

1.2.2. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Efectuada a selecção do tipo de estudo, é agora necessário definir a população que o mesmo abarca. Uma população é, no entender de Fortin (1999, p.202) *uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...) uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo.*

Como tal, definimos como população alvo deste estudo, no que concerne aos estudantes de enfermagem, os estudantes do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM, dos anos lectivos 2008/2009 e 2009/2010, sendo a população alvo constituída por noventa e cinco estudantes (N= 95 estudantes). Relativamente aos estudantes a amostra foi constituída por todos os estudantes que se disponibilizaram para responder ao inquérito, o que representou cinquenta e quatro estudantes (n=54 estudantes).

No que concerne aos enfermeiros, definimos como população alvo os enfermeiros dos Hospitais Garcia de Orta e N.ª S.ª do Rosário – Barreiro, que prestam cuidados a doentes em fase paliativa.

Parafraseando Fortin (1999, p.202) *a amostra é uma réplica em miniatura da população alvo, que deve ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.* Como tal, definimos como amostra um conjunto de 50 enfermeiros que prestem cuidados a doentes em fim de vida, em situação de internamento hospitalar.

O método de amostragem para ambos os grupos, é o método accidental, incluindo-se dentro das amostras não probabilísticas.

Relativamente ao método de amostragem, Fortin (1999, p. 208) *salienta que a amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso.*

Definimos como critério de inclusão a necessidade de os enfermeiros prestarem cuidados a doentes em fase paliativa.

1.2.3. VARIÁVEIS

Para a elaboração deste estudo definimos dois tipos de variáveis: a independente e a dependente.

É considerada variável independente, *a variável que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente*, (Fortin; 1999, p. 37). Assim, definimos como variável independente do presente estudo **o cuidar do doente em fase paliativa.**

Considerando a variável dependente aquela que sofre o efeito esperado da variável independente, (Fortin; 1999, p. 37), definimos como variável dependente **as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros.**

1.2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O método de colheita de dados seleccionado foi o questionário. Na opinião de Fortin (1999) o questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.

Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de forma a que a informação colhida seja rigorosa.

A nossa escolha recaiu sobre a Escala de Atitudes Éticas (Lopes, 2005). Esta escolha prende-se com o facto de não termos encontrado nenhum outro instrumento que nos permitisse avaliar as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar dos doentes em fase paliativa.

Esta é uma escala de resposta tipo Lickert, constituída por 7 classes de resposta: Discordo completamente, Discordo moderadamente, Não concordo nem discordo, Concordo moderadamente, Concordo e Concordo completamente.

A cada classe foi atribuído 1 ponto, podendo determinado item atingir um valor entre 1 e 7. Tal como refere Lopes (2005), as respostas estão quantificadas de maneira a que uma pontuação mais elevada corresponde à aceitação de uma proposição expressa de modo positivo. No entanto, algumas questões estão elaboradas no sentido inverso, no qual a pontuação mais alta corresponde ao **Discordo completamente** e a mais baixa ao **Concordo completamente**. A nota global está elaborada de forma a que uma pontuação alta traduz atitudes éticas mais favoráveis perante as situações referenciadas (Anexo 1).

A escala é constituída por um conjunto de 21 proposições, que se subdividem em 6 factores: Atitudes benéficas; Atitudes de Evitamento; Atitudes de Insatisfação; Atitudes de Solicitude; Atitudes Minimizadoras; e, Atitudes de Culpabilização. O Coeficiente Alfa de Cronbach foi, segundo Lopes (2005), 0,78.

Relativamente ao presente estudo, o Coeficiente Alfa de Cronbach da escala foi, para o total dos 21 itens, 0,72, conforme se pode observar no quadro 1.

Quadro 1. Coeficientes de consistência interna de Cronbach da Escala de Atitudes Éticas (21 itens) (N=104)

Sumário da escala: Média=4,77; Desvio Padrão=0,42

Alfa de Cronbach: 0.72

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Q.11	100,788	111,974	0,360	0,711
Q.12	99,836	113,575	0,342	0,713
Q.13	99,769	114,354	0,336	0,713
Q.9	100,721	110,805	0,375	0,709
Q.21	99,875	116,984	0,212	0,726
Q.15	98,096	123,156	0,194	0,724
Q.1	98,317	128,413	-0,047	0,736
Q.2	98,336	118,536	0,413	0,713
Q.3	97,798	124,920	0,249	0,723
Q.4	97,913	124,429	0,234	0,723
Q.5	98,221	125,378	0,122	0,727
Q.19	102,471	112,737	0,390	0,708
Q.20	102,211	112,149	0,370	0,710
Q.7	101,701	110,367	0,455	0,701
Q.8	101,000	111,573	0,372	0,709
Q.9	100,278	110,339	0,400	0,706
Q.16	98,596	124,534	0,163	0,725
Q.6	98,490	122,563	0,257	0,721
Q.10	99,980	114,699	0,354	0,711
Q.17	97,884	124,472	0,210	0,724
Q.18	90,057	120,152	0,171	0,728

Relativamente à aplicação dos questionários, salientamos que os mesmos foram distribuídos pelos estudantes e pelos enfermeiros via

internet, acompanhados pela respectiva carta de apresentação (Anexo 2) e pelo documento do consentimento informado (Anexo 3). A devolução dos mesmos foi efectada, de igual modo, via internet, para um endereço comum a todos os participantes.

1.2.4.1. PRÉ-TESTE

Antes da aplicação dos questionários procedemos à sua validação através da realização do pré-teste. Este consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (Fortin, 1999).

De acordo com Gil (1999) o pré-teste tem como finalidade evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, nomeadamente no que concerne à complexidade das questões, imprecisão na sua redacção, inutilidade das mesmas ou causar exaustão e constrangimento ao inquirido.

Assim, tal como o planeado, o pré-teste foi aplicado a dez estudantes do 4º ano da Escola Superior de saúde Egas Moniz e a dez enfermeiros, pertencendo cinco ao Hospital Garcia de Orta e cinco ao Hospital Nossa Senhora do Rosário.

Desta aplicação do questionário concluiu-se que o mesmo se revelou adequado para o estudo em causa, não se tendo verificado a necessidade de proceder a qualquer alteração.

CAPÍTULO 2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração de uma qualquer pesquisa implica, na maioria das vezes, o levantamento de questões éticas e morais. No entender de Streubert e Carpenter (2002, p.67), *as considerações éticas são e sempre serão de consideração crítica. Comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral.*

Relativamente ao estudo em curso salientamos o facto de o mesmo incidir sobre uma população autónoma, tendo em conta que todos os participantes são maiores de idade. Para além deste aspecto, foi garantida a protecção do anonimato e da confidencialidade dos dados. Foi ainda garantido aos participantes o total respeito pela sua vontade, caso decidissem não participar no estudo, não decorrendo desse acto qualquer prejuízo para os mesmos.

Relativamente aos estudantes, o questionário foi aplicado no final do 4º ano, e por conseguinte no final do curso, para que não houvesse nenhuma relação de dependência com o investigador.

Foi enviado documento de consentimento informado e esclarecido. Na opinião de Fortin (1999), o formulário de consentimento constitui um documento, pelo qual o sujeito declara que foi bem informado e esclarecido sobre o projecto de investigação e que aceita participar nele, de forma autónoma e voluntária.

CAPÍTULO 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo encontram-se apresentados os resultados decorrentes das análises estatísticas. Os dados foram obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida seleccionados, e a sua análise compreendeu estatísticas descritivas e inferenciais. Para o tratamento estatístico foi utilizado o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18, para Windows.

Assim, como forma de sistematizar e realçar a informação resultante do tratamento dos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e Inferencial, nomeadamente, frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão (desvio padrão, mínimos e máximos).

Tendo em conta que a nossa amostra, para ambos os grupos, era superior a 50, procedeu-se à realização do teste de Kolmogorov – Smirnov, a partir do qual verificámos que a nossa amostra apresentava uma distribuição normal, ($p > 0,05$), facto que nos permitiu a aplicação de testes paramétricos, designadamente, o teste t de Student (t), correlações de Pearson (r) e teste Anova (F).

Relativamente aos critérios de significância, considerámos como valor de referência: $p \leq 0,05$, para verificar a validade das hipóteses do estudo, considerando que, para valores inferiores ou iguais a 0,05, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

No que concerne à apresentação dos resultados, efectuou-se, em primeiro lugar, uma caracterização geral da amostra, seguida da análise descritiva da escala e respectivas sub-escalas, e, por fim, a procedeu-se à apresentação dos resultados das análises das hipóteses de investigação.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tendo por base os dados recolhidos através do questionário sócio-demográfico foi elaborada a caracterização sócio-demográfica da amostra, sendo esta apresentada separadamente pelos dois grupos em estudo, estudantes do 4º ano de enfermagem e enfermeiros. Conforme referido anteriormente, a amostra foi constituída por 54 estudantes e 50 enfermeiros.

3.1.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

•IDADE

No que concerne aos estudantes do 4º ano de enfermagem, verificámos que as idades variaram entre os 21 e os 35 anos, sendo a média de 23,53 anos e o desvio padrão de 3,03 anos (Quadro 2).

Relativamente à amostra constituída pelos enfermeiros, constatámos que as idades variaram entre os 23 e os 59 anos, sendo a média de 36,22 anos e o desvio padrão de 8,17 anos (Quadro 2).

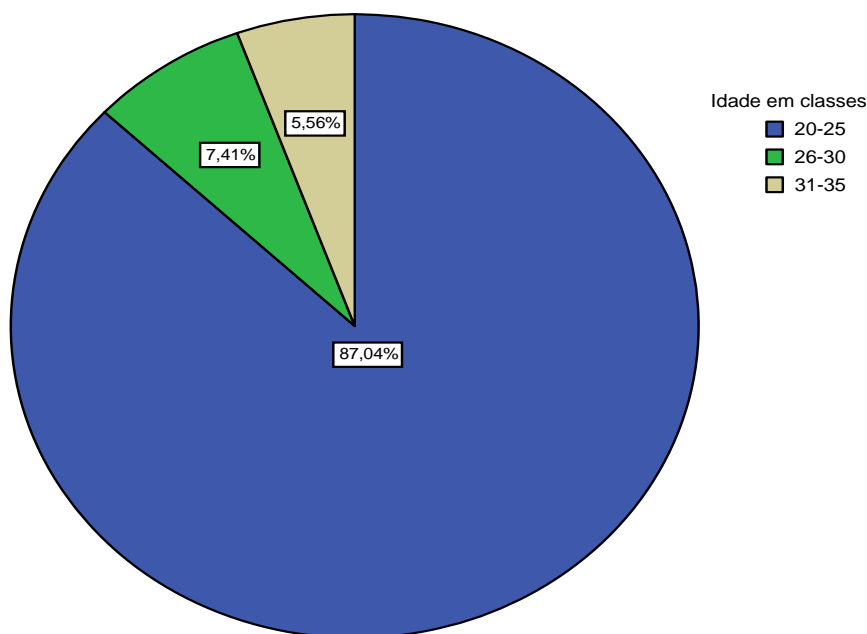
Quadro 2. Distribuição dos estudantes e dos enfermeiros, pela idade

IDADE	N	Min	Máx	\bar{X}	s
Estudantes	54	21	35	23,53	3,03
Enfermeiros	50	23	59	36,22	8,17

Por forma a facilitar o tratamento estatístico dos dados, as idades foram agrupadas em classes, como nos mostram os gráficos 1 e 2.

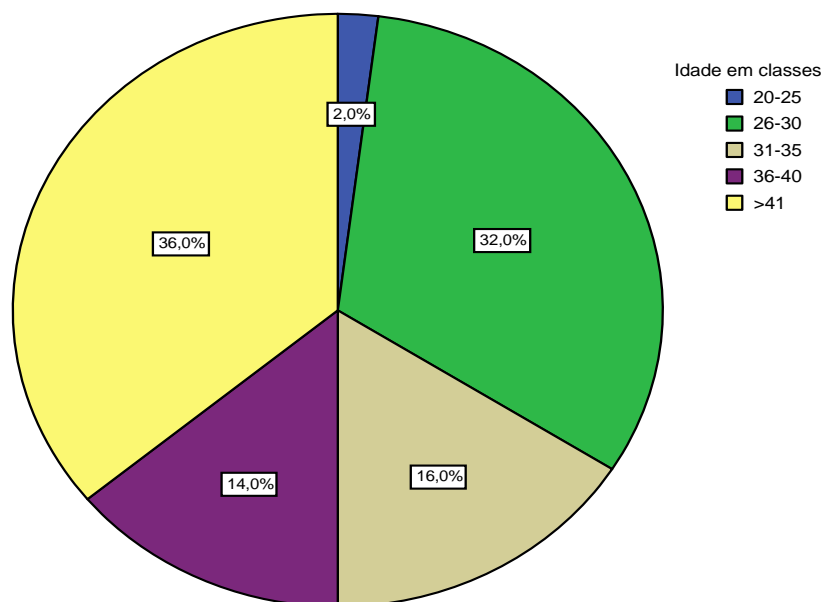
Assim, podemos observar que 87,04% dos estudantes apresenta uma idade situada na classe que varia entre os 20 e os 25 anos, 7,41% situam-se entre os 26 e os 30 anos e 5,56% encontram-se na classe que varia entre os 31 e os 35 anos de idade (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição da Idade dos estudantes por classes



Quanto aos enfermeiros, observámos que 36% apresentavam uma idade superior a 41 anos e 32% situavam-se na classe entre os 26 e os 30 anos de idade. Tendo em conta a facto de serem já profissionais, apenas 2% se encontravam na classe entre os 20 e os 25 anos de idade (Gráfico 2).

Gráfico 2 . Distribuição da Idade dos enfermeiros por classes



- **SEXO**

Quanto ao *Género*, e no que respeita aos estudantes de enfermagem, verificou-se que 92,59% dos indivíduos são do sexo feminino, sendo os restantes (7,41%) do sexo masculino, conforme consta no Quadro 3. Quanto ao género dos enfermeiros, verificámos que a percentagem de participantes do sexo feminino é de 84%, sendo a percentagem do sexo masculino de apenas 16%.

Estes resultados confirmam as estatísticas, tendo em conta que as mesmas apontam a enfermagem como uma profissão maioritariamente feminina, facto que constatámos, quer relativamente à amostra correspondente aos estudantes quer relativamente aos enfermeiros.

Quadro 3. Distribuição dos estudantes e dos enfermeiros, pela Sexo

SEXO		N.º	%
Estudantes	Feminino	50	92,59%
	Masculino	4	7,41%
TOTAL		54	100%
Enfermeiros	Feminino	42	84%
	Masculino	8	16%
TOTAL		50	100%

- **ESTADO CIVIL**

Relativamente ao estado civil dos estudantes de enfermagem, constatámos que 94,44% eram solteiros e apenas 5,56% eram casados. Não se observou qualquer outro estado civil, no grupo dos estudantes, conforme consta do gráfico 3.

No que concerne ao estado civil dos enfermeiros, verificámos que 64% são casados, 26% são solteiros, 6% são divorciados e 4 % vivem em união de facto (Gráfico 4).

Gráfico 3 . Distribuição dos estudantes de enfermagem pelo estado civil

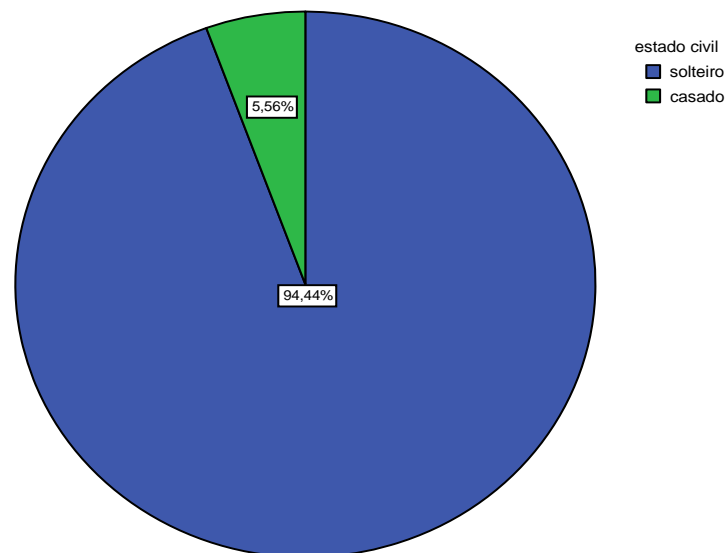
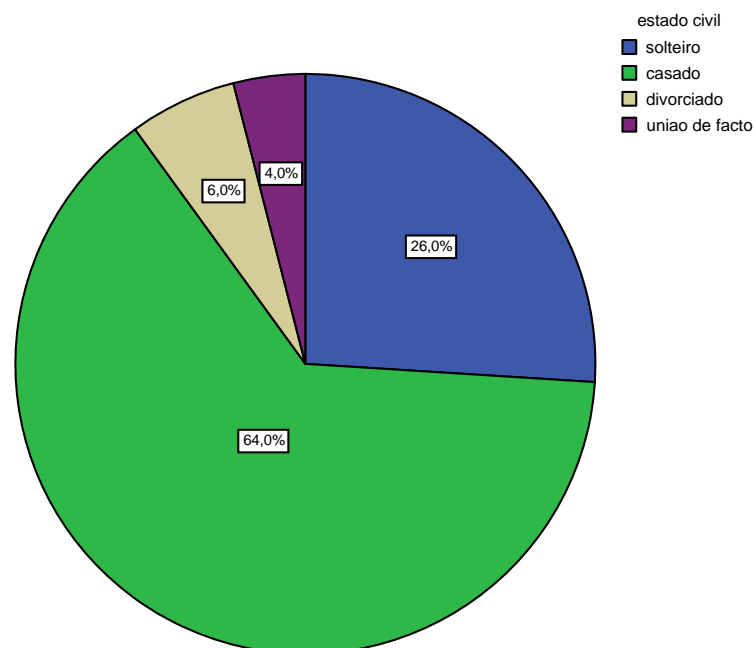


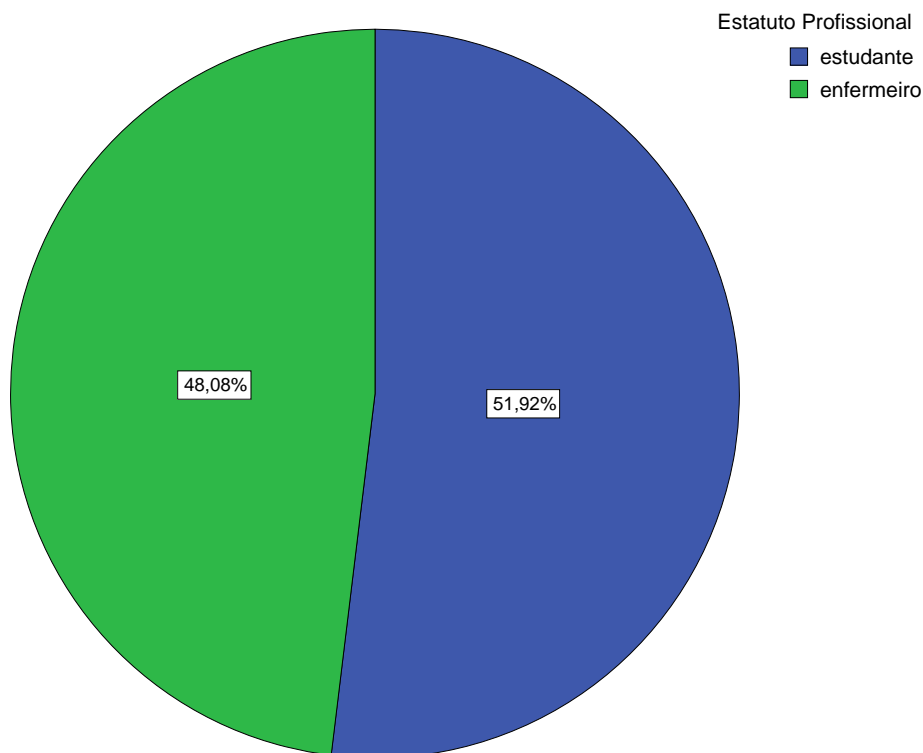
Gráfico 4 . Distribuição dos enfermeiros pelo estado civil



- **ESTATUTO PROFISSIONAL**

Relativamente ao estatuto profissional do total da amostra, podemos observar que 51,92% são estudantes, o que corresponde a um total de 54 estudantes. Os enfermeiros constituem um grupo de 50 enfermeiros, que perfaz uma percentagem de 48,08%, conforme consta no gráfico 5.

Gráfico 5. Distribuição do total da amostra pelo estatuto profissional

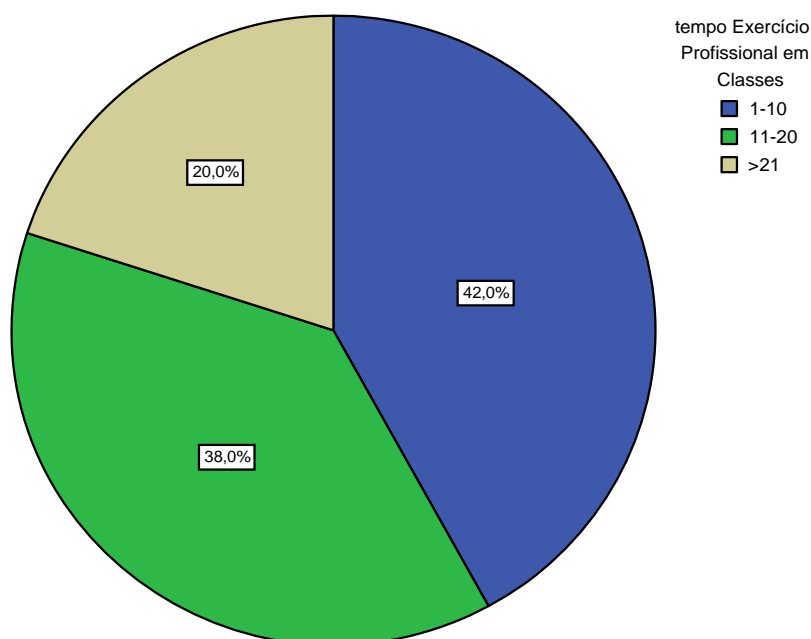


- **TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

Observámos, também, a distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional, tendo para isso criado algumas classes, de forma a sistematizar a informação colhida.

Assim, verificámos que 42% dos enfermeiros se encontram na classe que varia entre um e dez anos de profissão, 38% encontram-se na classe que varia entre os onze e os vinte anos de profissão e 20% encontram-se na classe que corresponde aos enfermeiros que têm tempo de exercício profissional superior a vinte e um anos, conforme podemos observar através do gráfico 6.

Gráfico 6. Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de exercício profissional



3.1.2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ATITUDES ÉTICAS

Passamos agora a apresentar a análise descritiva, das atitudes éticas, correspondente aos dois grupos constituintes da amostra. Tal como foi referido na metodologia deste estudo, apresentamos os valores referentes ao total da escala e às seis sub-escalas que a constituem.

3.1.2.1. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ATITUDES ÉTICAS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Da análise do quadro 4 constatámos que, relativamente à amostra correspondente aos estudantes de enfermagem, o total das atitudes éticas apresenta uma média de 4,72, um desvio padrão de 0,36, um valor mínimo de 4,08 e um valor máximo de 5,71. O valor da média encontrado corresponde a 67,42% do valor máximo da escala.

Quadro 4. Caracterização dos estudantes de enfermagem relativamente às atitudes éticas

	N	Min	Máx	\bar{X}	s
Atitude Benéfica	54	4,67	7	6,32	0,54
Atitude de Evitamento	54	1	6,5	3,77	1,05
Atitude de Insatisfação	54	2	6,75	4,14	1,09
Atitude de Solicitude	54	4	7	6,12	0,64
Atitude Minimizada	54	1	7	2,31	1,66
Atitude de Culpa	54	1	7	5,07	1,57
Total Atitudes Éticas	54	4,08	5,71	4,72	0,36

Ao analisarmos as sub-escalas, verificámos, relativamente à sub-escala atitude benéfica, que a média encontrada foi de 6,32, o desvio padrão 0,54, o valor mínimo 4,67 e o valor máximo 7. Podemos constatar que a amplitude desta sub-escala foi de 2,33. O valor da média representa 90,2% do valor máximo da escala.

No que concerne à sub-escala atitude de evitamento, verificámos que a média encontrada foi de 3,77, o desvio padrão 1,05, o valor mínimo 1 e o valor máximo 6,5. Observámos, ainda, que a amplitude desta sub-escala foi de 5,5. O valor da média representa 53,85% do valor máximo da escala.

Estes resultados mostram-nos que os estudantes de enfermagem apresentam um número considerável de atitudes de evitamento, no cuidado ao doente em fase terminal, o que poderá significar alguma dificuldade dos mesmos em lidar com o fim de vida.

Analisando agora a sub-escala atitude de insatisfação verificámos que a média encontrada foi de 4,14, o desvio padrão 1,09, o valor mínimo 2 e o valor máximo 6,75. Observámos, ainda, que a amplitude desta sub-escala foi de 4,75. O valor da média representa 59% do valor máximo da escala.

Relativamente a esta sub-escala, podemos também inferir que existe um número considerável de estudantes que ficam insatisfeitos quando prestam cuidados a doentes em fase terminal, evidenciando, mais uma vez, algumas dificuldades relacionadas com a prestação de cuidados a doentes em fim de vida.

Quanto à sub-escala atitude de solicitude, os valores encontrados foram, no que diz respeito à média, de 6,12, o desvio padrão 0,64, o valor mínimo 4 e o valor máximo 7. A amplitude desta sub-escala foi de 3. O valor da média representa 87,42% do valor máximo da escala.

Estes valores evidenciam um elevado número de atitudes de solicitude, por parte dos estudantes, no cuidado aos doentes em fase terminal.

Olhando agora para a sub-escala atitude minimizadora, constatámos que a mesma apresenta uma média de 2,31, um desvio padrão de 1,66, um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 7. A amplitude desta sub-escala foi de 6. O valor da média representa 33% do valor máximo da escala.

Estes valores indicam-nos que, apesar dos estudantes apresentarem alguma insatisfação relativamente à prestação de cuidados a estes doentes, a mesma não se evidencia na forma como se relacionam com estes doentes, não desvalorizando o seu sofrimento nem os seus problemas.

Por último, observámos os valores relativos à sub-escala atitude de culpabilização, cuja média encontrada foi de 5,07, o desvio padrão 1,57, o valor mínimo 1 e o valor máximo 7. Observámos, ainda, que a amplitude desta sub-escala foi de 6. O valor da média representa 72,42% do valor máximo da escala.

A partir da leitura destes dados, podemos verificar que os estudantes de enfermagem, apresentam um valor significativo de atitudes de culpabilização, as quais podem ser consequência das atitudes de evitamento evidenciadas pelos estudantes.

3.1.2.2. ANÁLISE DESCRITIVA DAS ATITUDES ÉTICAS DOS ENFERMEIROS

Partindo dos dados apresentados no quadro 5, podemos observar que, no que concerne aos enfermeiros, o total das atitudes éticas apresenta uma média de 4,82, um desvio padrão de 0,47, um valor mínimo de 3,88 e um valor máximo de 6,54. O valor da média encontrado corresponde a 68,85% do valor máximo da escala.

Quadro 5. Caracterização dos enfermeiros relativamente às atitudes éticas

	N	Min	Máx	\bar{X}	s
Atitude Benéfica	50	5,17	7	6,45	0,45
Atitude de Evitamento	50	1,4	6,5	3,88	1,4
Atitude de Insatisfação	50	2,25	7	4,44	1,23
Atitude de Solicitude	50	4,25	7	6,2	0,66
Atitude Minimizadora	50	1	7	2,13	1,48
Atitude de Culpabilização	50	1	7	4,28	1,89
Total Atitudes Éticas	50	3,88	6,54	4,82	0,47

Ao analisarmos as sub-escalas, verificámos, relativamente à sub-escala atitude benéfica, que a média encontrada foi de 6,45, o desvio padrão 0,45, o valor mínimo 5,17 e o valor máximo 7. Podemos constatar que a amplitude desta sub-escala foi de 1,83. O valor da média representa 92,14% do valor máximo da escala.

Quanto à sub-escala atitude de evitamento, constatámos que a mesma apresenta uma média de 3,88, um desvio padrão de 1,4, valor mínimo de 1,25 e máximo de 6,5. A sua amplitude foi de 5,25. A média encontrada representa 55,42% do valor máximo da escala.

No que concerne à sub-escala atitude de insatisfação, verificámos que a mesma apresenta uma média de 4,44, desvio padrão de 1,23, valor mínimo de 2,25 e máximo de 7.

A sua amplitude foi de 4,75 e a sua média representa 63,42% do valor máximo da escala.

Passando agora a observar a sua-escala atitude de solicitude, podemos constatar que a sua média foi de 6,2, o desvio padrão de 0,66, valor mínimo de 4,25 e máximo de 7. A amplitude verificada foi 2,75 e a média encontrada correspondeu a 88,57 do valor máximo da escala.

Quanto à sub-escala atitude minimizadora, constatámos que a mesma apresenta uma média de 2,13, desvio padrão de 1,48, valor mínimo de 1 e máximo de 7. Evidenciou uma amplitude de 6 e a média representou 30,42% do valor máximo da escala.

Por último apresentamos os valores da sub-escala atitude de culpabilização, a qual apresenta uma média de 4,28, desvio padrão de 1,89, valor mínimo de 1 e máximo de 7.

A sua amplitude foi de 6 e a média encontrada corresponde a 61,42% do valor máximo da escala.

3.2. TESTE DE HIPÓTESES

Neste capítulo encontram-se as análises estatísticas efectuadas para testar as hipóteses formuladas no início do estudo.

Para efectuar estas análises estatísticas recorreremos ao Teste t de Student, para avaliar diferenças estatísticas em duas amostras independentes.

Para compararmos mais de dois grupos de observações recorreremos a testes de análise de variância (ANOVA). Para estudarmos a existência de associações lineares entre variáveis quantitativas recorreremos ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

HIPÓTESE 1:

Os estudantes de enfermagem apresentam atitudes éticas mais adequadas no cuidar do doente em fase paliativa, quando comparados com os enfermeiros.

Quadro 6. Resultados da aplicação do Teste t de Student nas variáveis atitudes éticas e estatuto profissional

	Estatuto profissional	n	\bar{X}	t	p
Atitude Benéfica	Estudante	54	6,32	-1,33	0,25
	Enfermeiro	50	6,45		
Atitude de Evitamento	Estudante	54	3,77	-0,42	0,008
	Enfermeiro	50	3,88		
Atitude de Insatisfação	Estudante	54	4,14	-1,32	0,18
	Enfermeiro	50	4,44		
Atitude de Solicitude	Estudante	54	6,12	-0,62	0,91
	Enfermeiro	50	6,20		
Atitude Minimizadora	Estudante	54	2,31	0,59	0,86
	Enfermeiro	50	2,13		
Atitude de Culpabilização	Estudante	54	5,07	2,32	0,01
	Enfermeiro	50	4,28		
Total Atitudes Éticas	Estudante	54	4,72	1,20	0,21
	Enfermeiro	50	4,82		

Relativamente a esta hipótese e comparando os resultados obtidos para ambos os grupos, verificámos que as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem apresentam um valor ligeiramente mais baixo comparativamente com os enfermeiros, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas. São excepção os valores relativos à sub-escala **atitude de evitamento ($p < 0,008$)**, na qual os

alunos apresentam um valor mais baixo que os enfermeiros, significando estes valores que os alunos de enfermagem apresentam menos atitudes de evitamento que os enfermeiros, ou seja apresentam um comportamento mais ético, no cuidado ao doente em fase paliativa.

Verificamos, de igual modo, resultados estatisticamente significativos na sub-escala **atitude de culpabilização ($p < 0,01$)**, sendo que os alunos de enfermagem apresentam valores mais elevados, significando estes valores que os alunos de enfermagem apresentam mais atitudes de culpabilização no cuidado ao doente em fase paliativa, conforme consta no quadro 6.

Deste modo, podemos afirmar que esta hipótese foi apenas confirmada para uma das sub-escalas da escala, sendo que na sua maioria os enfermeiros apresentam mais atitudes éticas que os estudantes de enfermagem, não sendo, no entanto, estas diferenças estatisticamente significativas.

HIPÓTESE 2:

A idade influencia as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem, no cuidar do doente em fase paliativa.

Quanto à hipótese 2, e tendo por base os resultados obtidos, verificámos que não existe relação entre a idade dos estudantes de enfermagem e as suas atitudes éticas, conforme se pode observar pelo quadro 7.

Quadro 7. Resultados da aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre a sub-escala atitudes éticas e a idade dos estudantes

	r	p
Atitude Beneficente	0,056	0,68
Atitude de Evitamento	-0,196	0,15
Atitude de Insatisfação	0,006	0,96
Atitude de Solicitude	0,08	0,56
Atitude Minimizadora	-0,087	0,53
Atitude de Culpabilização	0,110	0,42
Total Atitudes Éticas	-0,007	0,95

Por forma a confirmarmos estes dados aplicámos também um teste ANOVA, para verificar se a idade, sub-dividida pelas várias classes criadas, influenciava as várias dimensões em estudo. Os resultados obtidos confirmam os resultado da aplicação do teste de Correlação de Pearson, pelo que não apresentámos esses resultados.

Assim, podemos afirmar que a hipótese 2 não foi validada estatisticamente.

HIPÓTESE 3:

A idade influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa.

Relativamente a esta hipótese, verificámos, através dos resultados obtidos, que a idade apenas influencia a sub-escala **atitude de evitamento** ($r=0,355$; $p=0,01$), sendo que quanto maior a idade dos enfermeiros, maiores as atitudes de evitamento que desenvolvem, no cuidado ao doente em fase paliativa. Conforme se pode constatar da observação do quadro 8, a idade não influencia mais nenhuma das sub-escalas em estudo.

Quadro 8. Resultados da aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre as atitudes éticas e a idade dos enfermeiros

	r	p
Atitude Benéfica	0,061	0,67
Atitude de Evitamento	0,355	0,01
Atitude de Insatisfação	0,035	0,80
Atitude de Solicitude	0,154	0,28
Atitude Minimizadora	-0,019	0,89
Atitude de Culpabilização	-0,153	0,28
Total Atitudes Éticas	0,222	0,12

Pela análise dos resultados obtidos, podemos então referir que a hipótese 3, foi confirmada apenas para uma das sub-escalas da escala.

No entanto, aplicámos também um teste ANOVA, e constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias classes de idades para o grupo de enfermeiros e para as sub-escalas **atitude benéfica** ($p=0,04$) e **atitude de solicitude** ($p=0,04$), sendo que quanto maior a idade mais atitudes éticas favoráveis os enfermeiros evidenciam, na sua relação com o doente em fase paliativa.

HIPÓTESE 4:

O tempo de exercício profissional influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa.

Para estudarmos esta hipótese aplicámos o Teste de Correlação de Pearson, o qual demonstrou que não existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e as atitudes éticas demonstradas pelos enfermeiros, com exceção da sub-escala **atitude de evitamento** ($r=0,289$; $p=0,04$), conforme se pode observar no quadro 9.

Quadro 9. Resultados da aplicação do Teste de Correlação de Pearson entre as atitudes éticas e tempo de exercício profissional dos enfermeiros

	r	p
Atitude Beneficente	0,011	0,93
Atitude de Evitamento	0,289	0,04
Atitude de Insatisfação	0,112	0,44
Atitude de Solicitude	0,190	0,18
Atitude Minimizadora	0,026	0,85
Atitude de Culpabilização	-0,182	0,20
Total Atitudes Éticas	0,218	0,12

Aplicámos, ainda um Teste ANOVA, de forma a observarmos se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tempos de exercício profissional e as atitudes éticas demonstradas pelos enfermeiros.

Dos resultados encontrados observámos, de igual modo, que apenas existiam diferenças para a sub-escala **atitude de evitamento (p=0,04)**, sendo que quanto maior o tempo de exercício profissional, mais atitudes de evitamento os enfermeiros apresentam, esta diferença corresponde à comparação de médias entre a classe que varia entre 1 e 10 anos, comparativamente com a classe que varia entre os 11 e os 20 anos.

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados obtidos. De salientar as dificuldades encontradas face à escassez de bibliografia existente relacionada com as dimensões éticas em estudo, pelo que iremos tentar enquadrar os resultados obtidos na bibliografia encontrada.

Começamos por salientar que a nossa amostra, quer para o grupo de estudantes, quer para o grupo de enfermeiros, foi maioritariamente feminina, facto que vem de encontro à tradição verificada na profissão de enfermagem.

Quanto à idade, verificámos que a amostra era maioritariamente jovem, sendo a média de 23 anos para o grupo dos estudantes e de 36 anos para o grupo dos enfermeiros.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, a maioria dos enfermeiros situava-se nas classes que correspondiam a 1-10 anos e 11-20 anos de exercício profissional.

Quanto às atitudes éticas desenvolvidas quer pelos estudantes de enfermagem quer pelos enfermeiros verificámos que os estudantes de enfermagem apresentavam, na generalidade, um valor inferior da média das suas atitudes, quando comparados com os enfermeiros, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas, na maioria das dimensões.

Os valores encontrados levam-nos a admitir que os estudantes de enfermagem estão a receber os ensinamentos adequados em ética, na sua formação básica, tendo em conta que as médias do total das suas atitudes éticas (4,72) são positivas e muito semelhantes às apresentadas pelos enfermeiros (4,82).

Passamos agora à discussão dos resultados por hipótese.

Assim, e relativamente à **hipótese 1**, a qual defendia que **os estudantes de enfermagem apresentam atitudes éticas mais adequadas no cuidar do doente em fase paliativa, quando comparados com os enfermeiros**, constatámos que eram os enfermeiros quem apresentava valores mais elevados de atitudes éticas, sendo que apenas relativamente às atitudes de evitamento ($p=0,008$) e às atitudes de culpabilização ($p=0,01$) estas diferenças eram estatisticamente significativas.

Quanto à atitude de evitamento verificámos que a média dos enfermeiros (3,88) era superior à dos estudantes (3,77) o que nos indica que os estudantes apresentam menos atitudes de evitamento que os enfermeiros. Neste sentido citamos Morrison (2001) que salienta num estudo efectuado, que os doentes referem ter tido pouco contacto com os enfermeiros, tendo os mesmos salientado que os estagiários de enfermagem apresentavam uma atitude solícita e uma disponibilidade constante para conversarem com eles.

No entanto, e tendo em conta as atitudes éticas evidenciadas pelos enfermeiros, podemos citar Moniz (2003, p.107) que salienta o enfermeiro, *ao interiorizar a morte como inerente à vida, tornar-se-á mais sensível e mais capaz de estar com a pessoa idosa, que possa estar em fim de vida, a fim de lhe proporcionar qualidade à vida que ainda lhe resta viver. Segundo o mesmo autor, este comprometimento requer do enfermeiro um estar disponível, estar presente, ouvir as pessoas nas suas preocupações, ajudando-as a encontrar respostas para as suas preocupações.*

O que atrás foi exposto salienta também uma necessidade de maturidade face à morte e ao doente em fase terminal, que não é fácil adquirir nos quatro anos de formação básica e numa idade demasiado jovem, como a idade apresentada pelos estudantes de enfermagem.

Ainda relativamente à atitude de evitamento, e às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidado ao doente terminal, citamos Vidal (2007) que salienta que uma vez dado o prognóstico e comprovado o estado de terminalidade, os doentes sentem-se sós, queixam-se da

equipa, as pessoas já não se aproximam, aparecendo apenas para administrar terapêutica, a equipa apenas se preocupa com a técnica, esquecendo o lado emocional do doente que já se encontra abalado, tornando cada vez mais doloroso o seu estado, no geral.

Assim, e no que concerne às atitudes necessárias a um cuidar com qualidade, citamos Pupulim e Sawada (2002) que referem que a enfermagem muito se tem desenvolvido no processo de cuidar, acreditando que é a arte e a ciência do cuidar. Na verdade, cuidar é muito mais que um acto, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro, exigindo compromisso dos enfermeiros para com o seu semelhante. As mesmas autoras salientam ainda que a enfermagem não pode nem deve dimensionar só a doença, mas o indivíduo como um todo, o qual, por estar doente, precisa de cuidado pessoal especial.

Quando comparamos os resultados obtidos com o estudo efectuado por Lopes (2005), no qual foi aplicada a mesma escala a um grupo de enfermeiros, verificamos que a média das atitudes éticas por ele encontrada (4,8) é idêntica à média do nosso estudo (4,8), pelo que podemos constatar que, de um modo geral, os enfermeiros apresentam atitudes eticamente favoráveis.

No que respeita à **hipótese 2**, que refere que a **idade influencia as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem, no cuidar do doente em fase paliativa, verificamos que não existe relação entre a idade dos estudantes e as suas atitudes éticas, no cuidado ao doente em fase paliativa.**

Esta hipótese tinha como fundamento que o desenvolvimento de determinadas atitudes pressupõe um grau de maturidade que se vai construindo com o passar do tempo e com a experiência de vida de cada um. Atitudes são, no entender de Benito e Becker (2007), um estado de preparação mental e física para uma acção, e estão relacionadas com o

enfrentamento pessoal de determinadas situações impostas pelo meio, sendo estas necessárias para a busca de novos conhecimentos e aquisição de habilidades, tendo em vista o desenvolvimento de um trabalho com qualidade.

Deste modo, os estudantes de enfermagem devem essencialmente desenvolver um determinado comportamento face à aprendizagem ética se têm como objectivo o desenvolvimento de um cuidar de qualidade, sendo estes aspectos considerados mais importantes do que a maturidade e a idade.

Neste sentido, Magalhães (2009) salienta que é frequente o cuidado aos doentes em fim de vida recair sobre os estudantes de enfermagem pelo que é necessário fornecer-lhes a preparação e o apoio necessários para desempenhar esta parte do seu papel, correndo-se o risco de, se estas premissas não forem cumpridas, os mesmos criarem atitudes e modos de lidar com a morte negativos, que irão permanecer mesmo depois de serem profissionais.

Num estudo efectuado Takahashi e colaboradores (2008) cujo objectivo foi avaliar os sentimentos dos estudantes de enfermagem relativamente à morte dos seus doentes, verificou-se que a reacção manifestada pelos estudantes, no primeiro momento de contacto com a morte de alguém, foi de pânico/desespero e insegurança. O sentimento manifestado ao prestar cuidado a um doente terminal foi de ansiedade. Este estudo mostrou ainda que no início do curso o sentimento predominante foi a depressão e que o stresse aumenta com o passar dos anos.

Outro estudo consultado, efectuado por Sadala e Silva (2009) com o objectivo de observar a perspectiva dos estudantes de enfermagem face ao cuidar dos doentes em fase terminal, mostrou que, para os estudantes, é sempre uma experiência dolorosa, que os coloca face a face com as suas fragilidades e inseguranças, sendo estas dificuldades

atribuídas, pelos estudantes, à própria incapacidade de aceitar a morte, à falta de preparação na formação de base e à inexperiência.

Apesar de em nenhum estudo termos verificado uma relação directa entre a idade e as atitudes éticas dos estudantes, podemos inferir que a imaturidade e a inexperiência podem conduzir a sentimentos de angústia e ansiedade, o que pode levar à depressão dos estudantes.

Relativamente à **hipótese 3**, a qual pretende avaliar se a **idade influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa**, constatámos que a idade não parece influenciar as atitudes demonstradas pelos enfermeiros, no que concerne ao total das atitudes éticas.

São excepção as sub-escalas atitude de evitamento ($p < 0,01$), atitude benéfica ($p < 0,04$) e atitude de solicitude ($p < 0,04$), que, quando estudadas separadamente, parecem aumentar consoante a idade dos enfermeiros.

Estes resultados vêm corroborar os resultados encontrados por Lopes (2005) o qual verificou não existir diferenças estatisticamente significativas entre o total das atitudes éticas e a idade dos enfermeiros. Contudo, o autor anteriormente citado, verificou, de igual modo, que quando analisadas separadamente, as sub-escalas atitude benéfica e atitude de solicitude também apresentavam diferenças estatisticamente significativas; ou seja os enfermeiros mais velhos evidenciavam mais atitudes benéficas e de solicitude que os enfermeiros mais novos.

Serrão (2004) enumera algumas das virtudes que fizeram nascer o prestígio que atribuímos a médicos e enfermeiros, nomeadamente a virtude da paciência que pode ser descrita como virtude de esperar com atenção e sem queixa ou azedume, não porque vai tomar decisões sobre pessoas ou factos mas como uma intrínseca qualidade, ou virtude, da pessoa, a qual transmite, ao outro, segurança e confiança. Quem acolhe

munido da virtude da paciência encontrará um melhor procedimento numa situação concreta do que o que não tem esta virtude. Este é desatento, inquieto, superficial e decide num impulso rápido. O doente apercebe-se que foi atendido por um profissional sem a virtude da paciência e sente-se despachado, logo sem confiança.

O mesmo autor refere ainda que é da virtude pessoal da paciência que decorre a disponibilidade, a atenção afectuosa, a tolerância, virtudes que ultrapassam, em muito, a clássica dicotomia do agir moral entre o que é bem e o que é mal. Aponta também a virtude da generosidade, a qual pode ser definida como virtude de dar ao outro mais do que o que é apenas justo. Ir para além da Justiça que deve ao outro, em todas as circunstâncias, é dar-lhe do seu tempo, dar-lhe espaço da sua intimidade pessoal, preocupar-se com ele como pessoa e não apenas como doente.

Estas são, de facto, algumas das atitudes éticas mais esperadas pelos doentes e que não devem estar dependentes da idade nem de qualquer outra condição do enfermeiro. Devem decorrer única e simplesmente de vontade e do prazer de ser enfermeiros, com tudo o que esta profissão encerra.

Após uma prolongada consulta bibliográfica, não se encontraram artigos que evidenciassem qualquer relação das atitudes éticas dos enfermeiros com a sua idade, pelo que voltamos a parafrasear Lopes (2005) que, citando um estudo de James Rest (1986), afirma que o nível de desenvolvimento do raciocínio moral aumenta com o nível de educação formal (habilitações académicas) das pessoas. A idade só por si, salienta o autor, não é um factor a que se possa atribuir responsabilidade pelo desenvolvimento do raciocínio moral.

Por último, olhamos para a **hipótese 4**, a qual pretendeu averiguar se **o tempo de exercício profissional influencia as atitudes éticas dos enfermeiros, no cuidar do doente em fase paliativa.**

Os resultados obtidos mostraram que não existe relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional e as atitudes éticas demonstradas pelos enfermeiros, com excepção da sub-escala **atitude de evitamento** ($r=0,289$; $p=0,04$), sendo que quanto maior o tempo de exercício profissional, maior a evidência de atitudes éticas de evitamento, por parte dos enfermeiros, no cuidado ao doente em fase paliativa.

Estes resultados corroboram o que nos diz Moniz (2003) quando refere que o enfermeiro não aceita a morte como um facto natural inerente a qualquer pessoa, sendo por este motivo que, perante o avanço da doença e da progressiva degradação física e psíquica da pessoa, os enfermeiros sentem que o seu saber é vencido e não se sentem preparados para acompanhar a pessoa no seu fim de vida.

Ainda neste sentido, Magalhães (2009) refere que a dificuldade dos enfermeiros em lidar com a morte, se traduz, frequentemente, no distanciamento face ao doente moribundo, sendo este um distanciamento físico e emocional traduzidos pelo isolamento e falta de comunicação, restando ao moribundo aguardar a morte na solidão e na ignorância.

Para finalizar, salientamos o que nos refere Morrison (2001), relativamente aos resultados de um estudo por si efectuado, e que vem evidenciar o que o autor considera de um paradoxo, pois quanto mais formação e experiência o enfermeiro adquire, menos provável é que ele utilize esse conhecimento e experiência directamente com os doentes, uma vez que passa a dedicar-se mais a tarefas de gestão.

Estes factos levam-nos a concluir que por uns motivos ou por outros, os enfermeiros afastam-se dos doentes, consoante vão adquirindo mais experiência profissional, ou seja, mais tempo de serviço.

CAPÍTULO 5. CONCLUSÃO

Prestar cuidados aos doentes em fase paliativa é um desafio que se coloca aos enfermeiros, no seu dia-a-dia, acarretando um conjunto de dificuldades, maiores ou menores, provocadas, em grande parte, pelas vivências de cada um, relacionadas com morte.

Por outro lado, a política de cuidados de saúde hospitalares continua orientada essencialmente para o tratamento da doença, focando-se em grande parte no modelo biomédico, onde não existe lugar para a prestação de cuidados ao doente em fim de vida, os quais deverão incidir essencialmente na relação de ajuda, ou seja, na escuta e na afectividade.

Tendo por base estas necessidades, surgiu, em 1990, a primeira definição de Cuidados Paliativos, a qual defende que estes cuidados têm como principal objectivo a obtenção de ganhos na qualidade de vida dos doentes e seus familiares, devendo os mesmos assentar, essencialmente, na adequação dos cuidados e na formação dos profissionais.

Sendo os enfermeiros o grupo profissional com maior proximidade relativamente ao doente e família, cabe-lhes a eles grande parte da responsabilidade de prestar cuidados holísticos, humanizados, cujo principal objectivo seja ajudar a morrer com dignidade e com a máxima qualidade de vida, já que a cura se mostra completamente impossível.

É também atribuído ao enfermeiro um importante papel no que concerne à relação que se estabelece com o doente e família, relativamente ao seu papel de advogado do doente, respeitando e fazendo respeitar a sua vontade e a sua autonomia, dando-lhe a capacidade de poder decidir sobre o que considera ser o melhor para ele.

Após olharmos com atenção para os resultados obtidos no estudo cabe-nos agora relatar as principais conclusões do mesmo.

Em primeiro lugar salientamos o facto de toda a amostra apresentar atitudes éticas favoráveis na sua relação com o doente em fase paliativa, sendo que na generalidade as atitudes éticas dos enfermeiros apresentam valores ligeiramente superiores aos valores apresentados pelos estudantes, não sendo no entanto essa diferença estatisticamente significativa. Destes resultados podemos inferir que o ensino ministrado aos estudantes de enfermagem é adequado, sendo este um dos objectivos deste estudo.

Verificámos, ainda, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos da amostra, para cada uma das sub-escalas, com excepção da sub-escala **atitude de evitamento**, sendo que os estudantes apresentam valores mais baixos, o que corresponde a apresentarem menos atitudes de evitamento que os enfermeiros e da sub-escala **atitude de culpabilização**, sendo que nesta sub-escala os estudantes apresentam valores mais elevados que os enfermeiros, o que significa que desenvolvem mais atitudes de culpabilização.

Constatámos também que a idade não influencia as atitudes éticas dos estudantes de enfermagem. Quanto aos enfermeiros verificámos que a idade influencia a **atitude de evitamento**, sendo que quanto maior a idade mais atitudes de evitamento os enfermeiros apresentam, relativamente a esta sub-escala.

Ainda relativamente à idade, quando analisamos se existem diferenças nas diferentes classes etárias estipuladas para facilitar a análise estatística, verificamos que os enfermeiros apresentam diferenças entre as classes etárias, nas sub-escalas **atitude benéfica** e **atitude de solicitude**, sendo que quanto maior a idade mais atitudes benéficas e de solicitude apresentam.

Quanto à influência do tempo de exercício profissional nas atitudes éticas dos enfermeiros, observámos que quanto maior o tempo de exercício profissional mais **atitudes de evitamento** os enfermeiros apresentam.

Como **limitações** do estudo salientamos como principal limitação, o facto dos dados obtidos não serem generalizáveis a toda a população de estudantes de enfermagem e de enfermeiros, devido ao tamanho reduzido da amostra. Isto significa que, embora se tenham encontrado alguns resultados significativos para a amostra em estudo, não implica que num contexto diferente, com uma amostra maior, não se verifiquem outros resultados.

Para além deste aspecto salientamos também que a escala de atitudes utilizada é uma escala recente, ainda não estudada, pelo que não temos a garantia que reúna todos os itens necessários para medir adequadamente as atitudes éticas dos estudantes e dos enfermeiros.

Como **sugestão**, salientamos a necessidade de melhorar a formação básica e pós-básica dos enfermeiros, relacionada com a prestação de cuidados aos doentes em fase paliativa e família, dando uma ênfase especial às temáticas relacionadas com a morte e o processo de morrer, como forma de ajudar os estudantes e os enfermeiros a melhor lidarem com estas situações.

CAPITULO 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anbiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana. Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*. Loures, Lusociência.
- Antunes, A. (1998). Consentimento informado. In, Serrão, D. & Nunes, R. *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora.
- Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald, W.; Renaud, M. (2001). *Novos Desafios à Bioética*. Porto, Porto Editora.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos*. Recomendações ANCP.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (1996). *Boletim Informativo*, 1.
- Barbosa, A. & Galriça Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Beauchamp, T. (2008). *The concepts of beneficence and benevolence*. In <http://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/27/11/2008>
- Beckert, C. (2002). O conceito bioético de pessoa: entre o indivíduo biológico e o sujeito ético-jurídico. In, Ribeiro da Silva, J.; Barbosa, A.; Martins Vale, F. *Contributos para a Bioética em Portugal*. Lisboa, Edição Cosmos.
- Benito, Gladys Amélia Vélez; Becker, Luciana Corrêa (2007). Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, 60(3), Jun. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672007000300012.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert, excellence and power in clinical Nursing practice*. New Jersey. Prentice Hall.
- Bernieri, J.; Hirdes, A. (2007). O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem a processo Morte-Morrer. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Jan-Mar; 16(1): 89-96.

- Bevis, O.; Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum do cuidar. Uma nova pedagogia para a Enfermagem*. Camarate, Lusociência.
- Biscaia, J. (2008). *Populações vulneráveis – crianças e adolescentes*. In, Martinho da Silva, P. *Investigação biomédica. Reflexões éticas*. Lisboa: gradiva, p.415.
- Capelas, M.L. (s.a.). *Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. Cadernos de Saúde*. Vol.2 (1):51-57.
- Caplan, Arthur L. (1992). *Quando a medicina enlouqueceu. A bioética e o Holocausto*. Lisboa: Ed. Instituto Piaget, p. 261.
- Costa, M. A. (2004). *Relação enfermeiro-doente*. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Circular Normativa nº14/DGCG*.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Prestação de Cuidados de Saúde*. Recuperado em 5 de março, 2010, de <http://www.dgs.pt>
- Duran, Guy (1999). *Introdução Geral à Bioética: História, conceitos e instrumentos*. S. Paulo, Edições Loyola.
- Fernandes, M.F. & Freitas, G. (2006). *Fundamentos de Ética*. In Oguisso, T. & Zoboli, E. *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo, Editora Manole.
- Fortes, Paulo (1998). *Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, p. 388.
- Gameiro, M. (1999). *Sufrimento na doença*. Coimbra, Editora Quarteto.
- Germano, A. et al. (2003). *Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Hawley, G. (2007). *Ethics in Clinical Practice*. An interprofessional approach. England, Pearson Education.
- Hesbeen, W. (1996). *Cuidar no Hospital*. Paris, Lusociência.

- Jonsen, A.; Siegler, M. & Winslade, W. (1999). *Ética Clínica*. Alfragide, McGraw-Hill.
- Kligerman, J. (2001). In, Ministério da saúde. Instituto Nacional de câncer. *Cuidados Paliativos Oncológicos. Controle de Sintomas*. Rio de Janeiro.
- Knobel, M. & Silva, A. (2004). O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento?. *Einstein*; 2(2) 133-5.
- Lima, C. (2005). Ensaio clínico. Vulnerabilidade e Relativismo Ético. *Acta Médica Portuguesa*. 18:221-226.
- Lopes, P. (2005). *Atitudes éticas dos enfermeiros perante o doente em fase terminal*. Tese de Mestrado em Bioética. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Magalhães, J. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa, Coisas de Ler.
- Martinho da Silva, P. (1997). *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina*. Lisboa: Ed. Cosmos.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures, Lusociência.
- Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures, Lusociência.
- Morrison, P. (2001). *Para compreender os doentes*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- Moreno, A. (2004). *Ética em tecnologias da Saúde*. Lisboa, Medilivro.
- Neto, I.G. (2010). *Cuidados Paliativos (Testemunhos)*. Lisboa, Alêtheia Editores.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oguisso, T. & Zoboli, E. (2006). *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo, Editora Manole.
- Osswald, W. (2001). *Um fio de ética*. Coimbra, Instituto de Investigação e Formação Cardiovascular.

- Osswald, W. (2004). Entre o “curar” e o “cuidar”: a humanização dos serviços de saúde. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.
- Osswald, W. (2006). Desafios postos pela vulnerabilidade aos pesquisadores. *Revista Brasileira de Bioética*. 2(2), pp248-253.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures, Lusociência.
- Patrão Neves, M.C. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*. 2(2), pp187-200.
- Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. (2004). *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.
- Perry, K. & Burguess, M. (2004). *Communication in Cancer Care*. USA; Blackwell Publishing.
- Pupulim, J. & Sawada, N. (2002). O Cuidado de Enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. mai-jun; 10(3):433-8.
- Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra, Editora Quarteto.
- Ribeiro, Cléa Regina de Oliveira (2005). Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, fev., vol.1, no.1, p.0-0. ISSN 1806-6976.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa, EDUCA: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Rodrigues, A. (2006). Consentimento Informado na Prática dos Cuidados de Enfermagem. *Nursing*, nº213.
- Roselló, F. (2009). *Antropologia do Cuidar*. Petrópolis, Editora Vozes.
- Sadala, M.L.; Silva, F. (2009). Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, São Paulo; 43(2): pp 287-94.
- Serrão, D. (1996). Consentimento informado. In, Archer, L.; Biscaia, J.; Osswald, W. *Bioética*. Lisboa, Editorial Verbo.
- Serrão, D.; Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto, Porto Editora, Lda.

- Serrão, D. (2004). Saúde e doença. In, Patrão Neves, M.C.; Pacheco, S. *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra, Editora gráfica de Coimbra.
- Serrão, D. Disponível em:
<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>
- Serrão, D. (2004). *Ética das Ciências da Saúde*. Instituto das Ciências da Saúde, U.C.P., Lisboa, 26 de Outubro de 2004; Disponível em:
<http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=113>
- Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética: Fundamentos e ética biomédica*. Cascais, Príncípia Editora, Lda.
- Takahashi, C.; Contrin, L.; Beccaria, L.; Goudinho, M.; Pereira, R. (2008). Morte: percepção e sentimentos de académicos de enfermagem. *Arquivo Ciências Saúde*: Jul-Set; 15(3): pp132-8.
- Thompson, I.; Melia, K.; Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Mem-Martins, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Vidal, V. (2007). Atenção e cuidado ao paciente terminal. *Revista Científica Centro Universitário Barra Mansa – UBM*; Barra Mansa, Jul. v.9, n.17, pp89-95.

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE ATITUDES ÉTICAS

ESCALA DE ATITUDES

São-lhe apresentadas afirmações relativas a atitudes perante o doente em fase terminal. Solicitamos que leia cada uma delas e a seguir assinale na grelha a sua opinião colocando uma cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião.

1= Discordo completamente	2=Discordo	3=Discordo moderadamente	4=Não concordo nem discordo	5=Concordo moderadamente	6=Concordo	7=Concordo completamente
---------------------------	------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------	--------------------------

1. Procuro que o doente em fase terminal tenha apoio espiritual sempre que o solicitar ou a sua família;	1	2	3	4	5	6	7
2. Penso que este tipo de doentes beneficia muito com uma medicina de cuidados paliativos;	1	2	3	4	5	6	7
3. Penso que a dor deve ser tida sempre em conta no doente em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7
4. O enfermeiro deve estar desperto para que o doente em fase terminal não tenha dor;	1	2	3	4	5	6	7
5. Esforço-me por aliviar a dor/desconforto do doente em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7
6. Ouvir atentamente o doente em fase terminal acerca dos seus medos, ajuda-o a enfrentar a situação;	1	2	3	4	5	6	7
7. Quando um doente em fase terminal me diz que vai morrer mudo de assunto;	1	2	3	4	5	6	7
8. Evito falar da morte com os doentes em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me pouco à vontade para falar ao doente em fase terminal da sua morte eminente;	1	2	3	4	5	6	7
10. Tenho dificuldades em proporcionar ao doente em fase terminal toda a verdade acerca da sua situação terminal;	1	2	3	4	5	6	7
11. Preferia nem pensar no que pode vir a sofrer um doente em fase terminal, devido ao seu estado;	1	2	3	4	5	6	7
12. O trabalho de enfermagem com doentes em fase terminal é frequentemente angustiante;	1	2	3	4	5	6	7
13. Não gosto de pensar que os tratamentos podem aumentar o sofrimento dos doentes em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto-me muito mais preparado e motivado para enfrentar a doença, tratar a sua causa e tentar evitar a morte do que para prestar cuidados ao doente em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7
15. Acho que os doentes em fase terminal, tanto precisam de cuidados técnicos como de uma ajuda humanizada;	1	2	3	4	5	6	7
16. Tento informar adequadamente os familiares do doente em fase terminal de todos os acontecimentos, para que estes em conjunto possam vivenciar dignamente esta etapa final;	1	2	3	4	5	6	7
17. O doente em fase terminal deve ser tratado como Pessoa, proporcionando-lhe a melhor condição física e emocional;	1	2	3	4	5	6	7
18. Entendo que independentemente dos meios proporcionados serem mais ou menos sofisticados, mais ou menos invasivos, mais ou menos dolorosos e mais ou menos dispendiosos, o que importa é o facto de trazerem ao doente em fase terminal benefícios superiores aos riscos.	1	2	3	4	5	6	7
19. Acho que os doentes em fase terminal queixam-se mais de dores do que realmente têm;	1	2	3	4	5	6	7
20. Acho que muitos doentes em fase terminal referem sentir dor para chamarem a atenção do enfermeiro;	1	2	3	4	5	6	7
21. Às vezes sinto-me culpado(a) por não conseguir proporcionar alívio a um doente em fase terminal;	1	2	3	4	5	6	7